FICHE SANITAIRE 2010/2011

CERTIFICAT MEDICAL de non contre-indications à fournir obligatoirement

VACCINATIONS fournir impérativement la photocopie du **carnet de santé**

ENFANT **(merci de compléter correctement cette fiche en cas d'hospitalisation)**

NOM & PRENOM_____

DATE DE NAISSANCE____/____/____TAILLE_____POIDS_____

ADRESSE_____

☎ en cas d'urgence_____

NOM, adresse & téléphone du médecin traitant_____

ORGANISMES

N° Sécurité Sociale concernant l'enfant |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° du Centre de Sécurité Sociale_____Ville_____

Mutuelle _____N° Police _____

Adresse_____

Assurance_____Adresse_____
responsabilité civile

N° allocataire CAF |_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° allocataire MSA_____ Autres_____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants :
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
- Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires : _____

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Allergies connues * Aspirine ☐ oui ☐ non * Pénicilline ☐ oui ☐ non * Alimentaire ☐ oui ☐ non * Autres (préciser) :	**Antécédents médicaux connus** * Asthme ☐ oui ☐ non Traitement quotidien ou traitement prévu en cas de crise : * Convulsion ☐ oui ☐ non (due à une maladie épileptique ou due à un épisode de fièvre) :
Régime alimentaire ☐ oui ☐ non * Si oui, lequel :	**Interventions chirurgicales subies** Lesquelles et dates :