



# Fiche Sanitaire & Certificat Médical

## 1 - ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../ 20.....

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant et elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## 2 -VACCINATIONS - Joindre les copies du carnet de vaccination.

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | BCG                        |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

## 3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

▶ Suit-il un traitement médical :  Oui  Non Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.  
**Si oui**, joindre une ordonnance récente et mettre les médicaments correspondants dans la valise (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

▶ En cas de fièvre ou douleur légères, autorisez-vous l'assistant sanitaire à lui donner du paracétamol :  
 Oui  Non  Si oui, joindre une ordonnance récente.

▶ Nom et numéro de téléphone du médecin traitant habituel, en cas de nécessité :

.....

▶ A t-il déjà été hospitalisé ?  Oui  Non,

Si oui pour recevoir quels soins ? .....

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                   | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

### ALLERGIES \*:

ASTHME  Oui  Non MÉDICAMENTEUSE  Oui  Non

ALIMENTAIRES  Oui  Non AUTRES .....

\*Joindre le « projet d'accueil individualisé » (P.A.I.)

**PRÉCISEZ la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**

.....  
 .....  
 .....

Tournez S.V.P.



**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il : des lunettes  des lentilles  des prothèses auditives  des prothèses dentaires

Autres : .....

Mouille t-il son lit ?  Oui  Non

Si c'est une fille, est-elle réglée ?  Oui  Non

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, Prénom du ou des parents : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....

TELEPHONES : Domicile : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

Bureau : ...../...../...../...../.....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ...../...../ 20.....

Signature du ou des parents:

#### CERTIFICAT MÉDICAL (uniquement pour les séjours en colonies)

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie, après examen, que l'état de santé de l'enfant : .....

Ne présente aucune contre indication médicale à la pratique :

d'activités physiques et sportives. *Obligatoire pour tout séjour (mer et montagne).*

d'activités aquatiques et subaquatiques. *Obligatoire pour les séjours à l'école de la mer.*

Date : ...../...../ 20.....

**Tampon et signature du praticien**

**Observations : à remplir par l'école départementale**

Les informations recueillies vous concernant et concernant votre enfant font l'objet d'un traitement informatique et papier, auquel vous consentez, destiné recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Cette action s'inscrit dans le cadre de la politique départementale pour la jeunesse et des délibérations de l'assemblée départementale adoptant la reconduction du dispositif.

Les données enregistrées sont celles des formulaires et n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'accueil de votre enfant, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir :

Le service instructeur du Conseil Départemental - Service Des Écoles Départementales De Neige, D'Altitude Et De La Mer

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés au L.227-4 du CASF

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès, en vous adressant, par voie postale, au Correspondant Informatique et libertés – Département des Alpes-Maritimes - B.P. n°3007 06201 Nice Cedex 3. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative