

FICHE SANITAIRE Camp d'été 2025

Mineur accueilli : fille garçon
 Date de naissance :
 nom : Prénom :

Responsable (s) légal :
 NOM : PRENOM :

✉ Adresse :

@Mail :

📞 portable :/...../...../...../..... 📞 fixe :/...../...../...../.....

📞 travail :/...../...../...../.....

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, et joindre une copie)

Vaccins obligatoires	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	
		Autres (préciser)	

Renseignements médicaux concernant le mineur accueilli :

👉 Le mineur présente-t-il des troubles de la santé ?

- Allergies médicamenteuses : oui non - préciser :
- allergies alimentaires : oui non - préciser :
- autres allergies : oui non- préciser :
- asthme : oui non- préciser :
- Diabète : oui non- préciser :

Épilepsie : oui non- préciser :

Autres : oui non- préciser :

↳ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

↳ L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? oui non

Merci de prendre contact avec le responsable de l'accueil.

↳ Le mineur est-il en situation de handicap ? oui non

Si oui, merci de fournir la notification MDPH.

↳ Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre (P.A.I) ? oui non

Merci de fournir une copie ou prendre contact avec le responsable de l'accueil.

Indiquer les **difficultés de santé** :(maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : à Noves, le :