

## FICHE SANITAIRE Camp d'été

*du 27 au 31 juillet 2026 à Barcelonnette*

**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 ( <i>préciser</i> )	

**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 :