



FICHE SANTE

A COMPLETER ET REMETTRE AU RESPONSABLE DE LA COLONIE LE 1^{ER} JOUR, svp.

Prénom/nom du parent :

Numéro de téléphone :

Prénom/nom de l'enfant :

1. Médecin traitant :

2. Vaccins à jour :

3. L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non Scarlatine oui non Autres :

Varicelle oui non Coqueluche oui non

Angines oui non Otites oui non

Rhumatismes oui non Asthme oui non

Rougeole oui non Oreillons oui non

4. L'enfant porte-t-il :

Des lentilles de contact oui non Autres :

Des lunettes oui non

Des aides auditives oui non

Un appareil dentaire oui non

5. L'enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires ? Si oui, veuillez préciser lesquelles :

.....

6. L'enfant souffre-t-il d'allergies autres qu'alimentaires ? Si oui, veuillez préciser lesquelles :

.....

7. L'enfant présente-t-il des particularités neurodéveloppementales qui influencent son autonomie, ses émotions, ses interactions sociales, ... ? Si oui, veuillez préciser lesquelles :

.....

8. L'enfant suit-il un traitement médical durant le séjour ? oui non

Si oui, veuillez remplir la page annexe.

9. Remarques :

.....

.....

.....

Je, soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la colonie à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

Prénom/nom de l'enfant :

Pour quelle(s) cause(s) l'enfant suit-il un traitement :

.....

	Matin Médicament / posologie	Midi Médicament / posologie	Soir Médicament / posologie
Dimanche			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			

Date :

Signature :