

# Fiche sanitaire

## ACCUEIL DE LOISIRS

COMMUNE DE L'ALSH : .....

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Sexe : M  F  Date de naissance : ...../...../..... Age de l'enfant au moment du séjour : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Tel. pendant le séjour : .....

## VACCINATIONS

(A remplir à partir du carnet de santé de l'enfant. Joindre, si possible la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

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

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?

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

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaires aigus
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

L'enfant fait-il de l'asthme ?

Allergique  A l'effort  Non

Allergies :

Asthme :  Oui  Non Médicamenteuses :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non Autres :  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

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



Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

L'enfant est-il porteur de handicap ?  Oui  Non

Recommandations particulières :

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

#### RECOMMANDATIONS

**D'ordre médical** (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.) :

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

**D'ordre général** (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

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

Y-a-t-il des recommandations particulières que vous souhaitez transmettre au directeur.trice du séjour concernant la vie quotidienne et besoins de l'enfant (rite d'endormissement, envie d'activités.... ) :

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

Si vous souhaitez transmettre des informations plus confidentielles uniquement à l'organisateur UNCMT, merci de nous envoyer un mail à [accueils@uncmt.fr](mailto:accueils@uncmt.fr) ou par courrier **UNCMT – Service Séjours - 4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR**

L'enfant mouille-t-il son lit ?  Oui  Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  Oui  Non

#### DIVERS

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

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

NOM du médecin traitant : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

Y-a-t-il une personne interdite de visite ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....

Y-a-t-il une personne interdite de contact ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....

Je soussigné(e), ....., responsable de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepter sans réserve. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents ou tuteurs :

**Union Normande des Centres Maritimes et Touristiques**

4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

Tel : 02 31 46 80 40 - [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

Association loi 1901 adhérente à la JPA – Agrément DDCS , Education Nationale et Tourisme