

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILISE PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

VOUS CONNAÎTRE :

ENFANT : Nom :Prénom :
 Date de naissance :Sexe : masculin féminin
 Ecole fréquentée :

PARENTS :

PERE : Nom : Prénom :
 Adresse :
 Nom et adresse de l'employeur :
N° tél :
 Tél domicile : Portable :

MERE : Nom :Prénom :
 Adresse :
 Nom et adresse de l'employeur :
N° tél :
 Tél domicile :Portable :

TUTEUR : Nom :Prénom :
 Adresse :
 Nom et adresse de l'employeur :
N° tél :
 Tél domicile :Portable :

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :
 Etes-vous bénéficiaire de la CMU (Couverture Médicale Universelle) ? Oui Non
 Mutuelle (nom et numéro) :.....
 Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et numéro) :.....
 Coordonnées du médecin traitant :

LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :

1 – Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DTCP				Hépatite B	
Ou T Polio				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Coqueluche	
Test BCG				Autres (préciser)	

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires, médicamenteuses, asthme, autres...? Merci d'indiquer la cause et la conduite à tenir :

.....
.....
Indiquer les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, opérations, crises convulsives...).

Si l'enfant fait l'objet d'un traitement médical en cours d'année, merci d'en informer le responsable du Centre ou du séjour et de joindre une photocopie de l'ordonnance, y compris pour les traitements administrés en dehors des horaires d'ouverture. Les médicaments doivent être remis dans les boîtes d'origines avec la notice jointe.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) ; si oui, merci de joindre une photocopie de ce document.

Oui

non

VOS RECOMMANDATIONS :

N'hésitez pas à nous communiquer les éléments qui vous paraissent importants : (port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif, d'appareil dentaire, consignes alimentaires, si votre enfant mouille son lit, si votre fille est réglée).

.....
.....

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :

PAR LE MEDECIN **(qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)**

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR **(qui indiquera ses noms et adresse)**

LA DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e),.....Père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser.

J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie-réanimation).

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par la ville de Lagny-sur-Marne.

Le contrat responsabilité civile de la ville ne couvre pas les frais de rapatriement des enfants. Ne sont garantis que les frais de transport du lieu de l'accident à l'hôpital le plus proche. Il appartient donc à la famille de contacter son propre assureur, lequel prendra en charge les frais consécutifs.

Fait à Lagny-sur-Marne le.....

Signature