

FICHE SANITAIRE

1 – ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Garçon Fille

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 – VACCINATIONS Cf tableau des correspondances valences vaccinales / nom commercial en annexe

2-a : POUR LES ENFANTS NES AVANT le 1^{er} Janvier 2018 (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

Les vaccinations obligatoires sont la primo-vaccination DTP, 2 injections (à 2 mois et 4 mois) et rappel à 11 mois, et les rappels poliomyélite jusqu'à 13 ans. Pour être efficace la vaccination DTP nécessite un rappel à 6 ans puis entre 11 et 13 ans.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION – **ATTENTION** : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2-b : VACCINATIONS POUR LES ENFANTS NES APRES le 1^{er} Janvier 2018

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Coqueluche			
Rougeole			
Oreillons			
Rubéole			
Haemophilus Influenzae type b			
Hépatite B			
Méningocoque C			
Pneumocoque			

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine dans une trousse marquée au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.../...

MALADIE CHRONIQUE : OUI NON

Si un PAI (projet d'accueil individualisé) a été rédigé par le médecin scolaire : le faire suivre et l'appliquer.
 Dans la trousse d'urgence étiquetée au nom de l'enfant, et accessible à tous, en tout lieu, se trouvent le PAI, avec le protocole d'urgence, le traitement de fond et le traitement de l'urgence avec copie d'une ordonnance récente.
 Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption.

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc..
 Précisez

.....

5 – LES PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX

	Monsieur	Madame
Nom		
N°Tél. domicile		
N°Tél. portable		
N°Tél. travail		
Numéroter par ordre de priorité d'appel		

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

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgences vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Date :

Signature :

Annexe : TABLEAU VALENCES VACCINALES / VACCINS COMMERCIALISES

Valences vaccinales contenues dans les vaccins	Noms commerciaux des vaccins
Diphtérie / Tétanos	Sur demande du médecin auprès du fabricant
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite	Revaxis®
Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Poliomyélite	Enfants : Infanrix tetra® / Tetravac-acellulaire® / Adolescents : Boostrixtetra® / Repevax®
Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Poliomyélite / Haemophilus influenzae b	Infanrix Quinta® Pentavac®
Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Poliomyélite / Haemophilus influenzae b / Hépatite B	Infanrix Hexa® Hexyon® Vaxelis®
Haemophilus Influenzae b	Act-Hib®
Hépatite B	Enfants : Engerix® B10µg / HBVaxpro® 5µg Adolescents > 16 ans : Engerix® B20µg / HBVaxpro®10µg
Hépatite A / Hépatite B	Enfants (1-15 ans) : Twinrix® Enfant Adolescents > 16 ans : Twinrix® Adulte
Méningocoque C	Menjugate® / Neisvac®
Méningocoque A,C,Y,W	>6 semaines : Nimenrix® >2ans : Menveo®
Pneumocoque	Prevenar 13® Pneumovax®
Poliomyélite	Imovax Polio®
Rougeole	Rouvax®
Rougeole / Oreillons / Rubéole	M-M-RVaxPro® Priorix®
Tétanos	Vaccin tétanique Pasteur®