

GROUPE : SAINT PIERRE LE JEUNE
2e – 5e Strasbourg

TERRITOIRE : RHIN NORD

ANNÉE : 20 - 20

1. IDENTITÉ

| | | | |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| Nom | | | |
| Prénom | | | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | |
| Date de naissance | | Poids | |

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

| Nom et Prénom | Téléphone 1 | Téléphone 2 |
|---------------|-------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

2. PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des événements.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- NON.

En cas de problème de santé au long cours, nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire ou un chef de la maîtrise. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire et être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, une copie peut être fournie, sinon un modèle scout existe sur doc en stock.

3. POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT (pour améliorer l'accueil de l'enfant)

Par exemple : troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez, régime alimentaire, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, votre fille est-elle réqlée ? etc.

ALLERGIES

Aliments, médicaments

Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

4. VACCINATIONS

Il est **demandé** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet.**

VACCINS POUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT :

| | Enfant né avant 2018 | Enfant né après 2018 |
|---|---|---|
| OBLIGATOIRES | diphtérie, tétanos et poliomyélite | diphtérie, tétanos et poliomyélite (dtp) coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite b, pneumocoque, méningocoque c, rougeole, oreillons et rubéole |
| Nom du vaccin et date du dernier rappel : | | |
| CONSEILLES | la tuberculose, la coqueluche, la rubéole, la rougeole, et les oreillons, la varicelle, la grippe, l'hépatite B, le zona | la tuberculose, la varicelle, la grippe, le zona le rotavirus |
| Nom du vaccin et date du dernier rappel : | | |
| CONSEILLES | haemophilus influenzae de type B, pneumocoque, méningocoque C | <i>Obligatoires</i> |
| Nom du vaccin et date du dernier rappel : | | X |
| CONSEILLES | papillomavirus humains (HPV) | papillomavirus humains (HPV) |
| Nom du vaccin et date du dernier rappel : | | |

Je soussigné.e, _____ 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, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature des parents :

Observations pendant le séjour :

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la validité des vaccinations :