

FICHE SANITAIRE - STAGE CDICK

1 - Enfant

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....

2 - Vaccinations (inscrire la date) :

Rubéole, Oreillons, Rougeole :
 DT Polio :

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

Varicelle : oui - non

Allergies : Asthme oui - non Automédication pour l'asthme oui - non
 Médicamenteuses oui - non
 Alimentaires oui - non
 Autres oui - non

Précisez la conduite à tenir :

Si cela vous semble important, indiquez ci-après, les difficultés de santé (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.? oui - non précisez :

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée? oui - non

5 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical durant le déplacement, pensez à **joindre une ordonnance récente** et les médicaments correspondants.

Groupe sanguin (si connu) :

6 - Responsable(s) de l'enfant

Nom de la mère :
 Prénom :
 Adresse :

Numéros de téléphone de la Mère:

Domicile :/...../...../...../...../
 Portable:/...../...../...../...../
 Travail:/...../...../...../...../

Nom du père :
 Prénom :
 Adresse :

Numéros de téléphone du père :

Domicile:/...../...../...../...../
 Portable:/...../...../...../...../
 Travail:/...../...../...../...../

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).

Dradresse.....tél :/...../...../...../...../

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, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

- Je m'engage à rembourser le CDICK de toutes les avances sur frais médicaux dès le retour.

- J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

- Sécurité sociale: joindre une copie de la carte de sécurité sociale.

Date :

"Lu et approuvé"

Signature :