

Merci de remplir cette fiche **avec soin et précision** et de la joindre à la Fiche d'Inscription de votre enfant



PRENOM DE L'ENFANT:

NOM DE FAMILLE:

DATE DE NAISSANCE:

SEXE: F M

SEJOUR CHOISI:

DATES DU SEJOUR:

VACCINATIONS (voir carnet de santé)

En cas de contre-indications, fournir un certificat médical

TYPE DE VACCIN	DATE DE VACCINATION	DATE DU 1ER RAPPEL	DATE DU DERNIER RAPPEL	OBSERVATIONS
BCG				
ANTIVARIOLIQUE				
DT POLIO OU POLIO				
DT COQ OU DETRACOQ				
ROR				
AUTRES VACCINS				

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci d'en préciser la raison:

MALADIES - ALLERGIES

Votre enfant a-t'il déjà eu:

	OUI	NON		OUI	NON
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oreillons	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Scarlatine	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rougeole	<input type="checkbox"/>
Angines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:		
Otites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:		
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:		
Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation:		
Allergies aux médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels:		
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles:		
Autres allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles:		
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel:		

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical? Lequel :

Si l'enfant doit subir un traitement pendant son séjour, ne pas oublier de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Veuillez indiquer sur page séparée et avec le plus de détails possible, toute autre difficulté de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, énurésie...).

RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR L'ENFANT

	OUI	NON	
Porte t-il des lunettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:
Porte-t-il des verres de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:
Porte-t-il un appareil dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:
Mouille-t-il son lit? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:

* Si oui, remettre **obligatoirement** une alaise et des protections à votre enfant. Notre assurance ne couvre en aucun cas les dégats occasionnés.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée? OUI NON

MEDECIN TRAITANT

NOM: TELEPHONE:

ADRESSE:

RECOMMANDATIONS DES PARENTS:

.....

.....

.....

ENGAGEMENT : Je soussigné (e), responsable, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures jugées utiles en cas d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En cas de refus, Anglophiles Academic est déchargé de toute responsabilité.

Signature du responsable de l'enfant:	Nom du responsable de l'enfant:	Date:
.....

Merci de retourner cette fiche sanitaire et ses 2 copies carbone, à Anglophiles.