



**Groupe** : Notre Dame Panetière Aire-sur-la-Lys

**Territoire** : ARTOIS

**IDENTITÉ**

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

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

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

**PROBLEMES DE SANTE PASSÉS ET ACTUELS**

*Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.*


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 peut être proposé.*

**POINTS D'ATTENTION CONCERNANT 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 réglée ? etc.*



**ALLERGIES**

Aliments, médicaments, autres.


**VACCINATIONS A JOUR**

Possibilité de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé, ou une attestation de vaccination à jour de votre médecin traitant.

	Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	
Coqueluche	
Haemophilus influenzae B	
Hépatite B	
Méningocoque C	
Pneumocoque	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	
Tuberculose	
Autre :	

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :  
(Vérification du carnet de santé ou d'une attestation du médecin traitant)

Date :

Signature :

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 chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature des parents :

Observations pendant le séjour :