

- Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents  
.....
- A – t – il des frères ou sœurs ? Oui / non Si oui, combien ? .....
- Quelle est sa langue usuelle ? .....
- Y a-t-il eu un décès récent ou un évènement important dans la famille ou l'entourage ? .....
- Votre enfant est-il propre ? oui- non. Sinon, il porte des langes : le jour – la sieste
- A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? Oui/non Si oui, lesquels ?  
.....
- NOM DU MEDECIN TRAITANT : ..... TEL : .....
- GROUPE SANGUIN : .....
- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? Oui/non. Si oui laquelle ?  
.....
- Est-il/elle allergique ?
- A certains produits alimentaires ? Oui/non. Si oui, lesquels  
.....
- Autres formes d'allergies ? Oui/non. Si oui, Précisez  
.....
- J'autorise l'administration de Perdolan à mon enfant s'il a une température dépassant 38.5°. OUI/NON
- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? oui/ non
- Si oui, le(s) quel(s) ? .....
- Porte-t-il des lunettes ? Oui/non Porte-t-il un appareil auditif ? Oui/non
- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui/non Si oui, lequel ?  
.....
- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? Oui/non
- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière de : diabète, maladie cardiaque, épilepsie, affection de la peau, somnambulisme, insomnie, incontinence, maladie contagieuse, asthme, sinusite, bronchite, saignements du nez, maux de tête, maux de ventre, coups de soleil, constipation, diarrhée, vomissements, mal de route, autres ... (entourez ou complétez)  
.....
- Si oui, quel est son traitement habituel/comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? .....

*Les informations fournies dans cette « Fiche de Santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant s'avérant nécessaire (opération, traitement médical ...).*

.....  
Date et signature du parent ou du responsable