

Toutes les informations qui suivent doivent être obligatoirement validées par un médecin.

Merci de nous transmettre le **CARNET DE SANTE** de l'enfant lors du départ
et une **COPIE DES PAGES DE VACCINATION**

ENFANT :

NOM : Prénom :

Fille Garçon Date de naissance : (âge au 05/08/2019 :)

Adresse de résidence de l'enfant:

.....

Taille (cm) : Poids (kg) :

RESPONSABLE LEGAL

NOM : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

.....

N° de téléphone fixe : N° de portable :

N° de téléphone employeur : Courriel :@.....

AUTORISATION D'ANESTHESIE ET D'HOSPITALISATION EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant,

Autorise la direction du séjour de vacances, organisé par l'École Buissonnière, du 6 au 19 août 2018, à

prendre toute décision d'anesthésie ou d'hospitalisation en cas d'urgence.

Signature(s) :

Pathologie et troubles associés

Ces renseignements nous permettent d'avoir quelques indications sur le comportement global de l'enfant et sont également un atout précieux pour les partenaires médicaux locaux.

De quelle pathologie principale souffre l'enfant ?

.....
.....
.....
.....

Quels sont les troubles associés auxquels est sujet l'enfant ?

.....
.....
.....

Epilepsie

L'enfant souffre-t-il de troubles épileptiques ? Oui Non

Si oui, merci de remplir la fiche « protocole épilepsie »

Allergies

L'enfant est-il allergique à certains produits (médicaments, aliments, particules...) ? Oui Non

Si oui, merci de renseigner une « fiche Allergie » par type d'allergie.

Merci d'indiquer ici le nombre de « fiche allergie » annexe 2 renseignées :

Appareillage

L'enfant utilise-t-il un appareillage (auditif, visuel, corset, attelle...) ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir une fiche « protocole appareillage » par appareil utilisé.

Précisez ici le nombre de « fiche appareillage » annexe 3 renseignées :

Demoiselles : Informations gynécologiques

La jeune fille est-elle réglée ? Oui Non

• Si elle est réglée :

Les cycles sont-ils réguliers ? Oui Non

Les règles sont-elles douloureuses ? Oui Non

Si oui, quel est le traitement préconisé ?

.....

.....

La jeune fille utilise-t-elle un moyen de contraception ? Oui Non

La jeune fille a-t-elle des antécédents gynécologiques ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Le jour du départ il vous sera demandé d'indiquer la **date des dernières règles** et les **dates** relatives à toute éventuelle prise d'une méthode de **contraception**.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Troubles cardiaques ? Oui Non

Si oui, précisez :

Troubles respiratoires ? Oui Non

Si oui, précisez :

Troubles digestifs ? Oui Non

Si oui, précisez :

Diabète ? Oui Non

Si oui, précisez :

Autres ? Oui Non

Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il déjà été opéré ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser les raisons, les dates et les éventuelles séquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MEDECIN

Nom du médecin :

Spécialité :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Je soussigné Docteur certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche médicale.

Fait à : Le :

Signature et cachet du médecin

FICHE DE TRAITEMENT

Si l'enfant a besoin de **soins particuliers durant le séjour**, merci de nous joindre une **ordonnance détaillée à son dossier d'inscription**. Le nécessaire sera fait avec les praticiens locaux.

L'enfant a-t-il besoin de soins particuliers et réguliers durant le séjour ? Oui Non

Si oui de quel type (kinésithérapie, soins infirmiers...) :

.....

Traitement médicamenteux

Merci de nous indiquer précisément le traitement médicamenteux que l'enfant doit prendre et **de fournir le traitement pour la durée du séjour le jour du départ**. Il s'agit d'organiser au mieux la continuité des soins. Il est **impératif de transmettre le jour du départ l'ordonnance correspondant au traitement**. Merci également de faire à nouveau approuver ce tableau par le médecin référent de l'enfant.

Nom et dosage du produit	Posologie totale par jour	Matin	Midi	Après-midi	Soir	Coucher

Durant le séjour, l'assistant(e) sanitaire tient à jour un « suivi médical » de l'enfant, qui vous sera communiqué lors du retour de séjour. La direction du séjour s'engage à vous tenir informé de tout élément médical intervenant sur la durée du séjour.

ANNEXE 1 : PROTOCOLE EPILEPSIE

Depuis quand l'épilepsie de l'enfant est-elle diagnostiquée :

Si oui, de quelle type de crise s'agit-il ?

.....
.....

Quelle est la fréquence des crises ?

.....

Quelle est la durée des crises ?

.....

Sent-il la crise arriver ? Oui Non

Si oui, quels sont les signes avant-coureurs ?

.....

L'enfant a-t-il un traitement à prendre pendant la crise ? Oui Non

Si oui, quel est le nom du médicament :

.....

.....

Comment l'enfant se comporte-t-il après la crise ?

.....

Que faut-il proposer à l'enfant après la crise ?

.....

ANNEXE 2 : FICHE ALLERGIE¹

Type d'allergie dont souffre l'enfant (médicaments, aliments, particules...) :

.....
.....

Précisez les produits mis en cause particulièrement :

.....
.....
.....
.....

Comment se manifeste l'allergie :

.....
.....
.....
.....

Quelle est la conduite à tenir en cas de manifestation allergique :

.....
.....
.....
.....

¹ Une fiche à remplir par type d'allergie.

ANNEXE 3 : FICHE APPAREILLAGE²

Type d'appareillage utilisé par l'enfant :

.....
.....

Précisez la fréquence d'utilisation de l'appareil :

Toute la journée

A certains moments de la journée,

précisez :

La nuit.

L'enfant sait t'il mettre en place l'appareil seul oui non

L'appareillage nécessite t'il un entretien particulier, si oui merci de le préciser ci-dessous.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

² Une fiche par type d'appareil