



# FICHE SANITAIRE

## Health Index Form

Merci de remplir ce document, de le signer et de le renvoyer le plus rapidement possible à :  
**ZIGO TOURS - 50, rue Abbé Grégoire - 38 000 GRENOBLE**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

### I. ENFANT Child

NOM Name : ..... Prénom First name: ..... Date de naissance (D.O.B.): ..... / ..... / .....

Sexe :  M  F

Séjour : ..... du ..... au ..... / ..... / 20 ..

### II. VACCINATIONS

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

#### ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUES - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES Practised vaccines	DATES
du DT polio		
du DT coq Whooping cough		
du Tétracop RAPPELS -reminders		
de l'Hépatite B		

#### ANTITUBERCULEUSE (BCG)

#### ANTIVARIOLIQUE

#### AUTRES VACCINS

	DATES	DATES	DATES
1 <sup>er</sup> vaccin			
Revaccination			

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? *If the child is not vaccinated, why?*

L'enfant est-il vacciné contre la covid19 (2 doses) ? *Is the child vaccinated against covid19 ?* OUI (yes) NON (no)

INJECTIONS DE SERUM <i>serum injection</i>	NATURE	DATES

### III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT / Medical information regarding the child

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? - *the child has already had the following diseases ?*

RUBEOLE / Rubella <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	VARICELLE / Chicken pox <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	ANGINES / Angina <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	RHUMATISMES/ Rheumatisms <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	SCARLATINE / Scarlet fever <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
COQUELUCHE / Whooping cough <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	OTITES / Ear Infections <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	ASTHME / Asthma <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	ROUGEOLE / Measles <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	OREILLONS / Mumps <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES - *others difficulties of health (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations, antécédents psychiatrique ou psychologique)*

..... / ..... / .....  
..... / ..... / .....

### IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?  Non  Oui Si oui, lequel ?  
*Is the child following a treatment?*

*Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.*

L'enfant mouille-t-il son lit ?  Non  Occasionnellement  Oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  Non  Oui

Je soussigné(e) .....  
responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

*responsible for the child, declares the information on this form accurate and authorizes the person in charge of the stay to take, if necessary, all the measures (medical treatment, hospitalization, surgical interventions) made necessary by the condition of the child.*

A ..... , le ..... Signature :