

FICHE SANITAIRE

ACCUEIL DE LOISIRS « LES DIABLOTINS »

ENFANTS

NOM-Prénom : Date de naissance : / / Sexe : F G

NOM et adresse de responsables légaux :

1 : Tél. fixe : Port :

2 : Tél. fixe : Port :

NOM du centre de sécurité sociale : N° de sécurité sociale :

MEDECIN TRAITANT : NOM et Prénom : Tél :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER D'URGENCE

	Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. Port
1				
2				
3				

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie- Tétanos- Poliomyélite à jour : OUI Date de rappel :

VACCINS RECOMMANDES : Hépatite B : date : ROR : date : Coqueluche : date :

AUTRES : Préciser :

Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche Rougeole

Rubéole Otite Rhumatisme articulaire aigu

PORT DE : Lentilles Lunettes Prothèses dentaire Prothèses auditives autre, préciser :

Dispositions particulières pour les accueils de loisirs : Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur du centre avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation **et** votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

SANTE DE L'ENFANT

Allergies alimentaires : OUI Préciser :

Allergie médicamenteuse : OUI Préciser le médicament :

Asthme : OUI

Autres difficulté de santé : OUI Préciser :

ASSURANCE

Assurance extra-scolaire : OUI Compagnie et N° :

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer, les responsables de l'accueil, de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Date :

Signature :