**FICHE SANITAIRE**

Nom et prénom de l’**enfant**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fille [ ]  Garçon [ ]

N° de sécurité sociale de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable(s) légal (aux)** de l’enfant :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La copie de toutes les pages du carnet de vaccination est à joindre à cette fiche**

Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

* L’enfant a-t-il un traitement médical ? oui ❑ non ❑
* L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RubéoleOui ❑ non ❑ | VaricelleOui ❑ non ❑ | Angine Oui ❑ non ❑ | Rhumatisme articulaire aiguOui ❑ non ❑ | ScarlatineOui ❑ non ❑ |
| CoquelucheOui ❑ non ❑ | OtiteOui ❑ non ❑ | RougeoleOui ❑ non ❑ | OreillonsOui ❑ non ❑ |  |

* L’enfant est-il sujet aux allergies suivantes ?
* Asthme oui ❑ non ❑
* Allergies alimentaires oui ❑ non ❑
* Allergies médicamenteuses oui ❑ non ❑
* Autre : ………………………………………………………………………………………..

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informations importantes :** Aucun médicament ne pourra être administré à l’enfant en l’absence d’une ordonnance en cours de validité. Les médicaments doivent être fournis dans leur emballage d’origine marquée au nom de l’enfant accompagné de la notice.

**Si l’enfant bénéficie d’un PAI** une copie doit être fournie au responsable de l’Accueil.

* Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Recommandations utiles :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…Précisez.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné ………………………………………………………………, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant.

Date : Signature :