

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 ?

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

- 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 marqué 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.

J'autorise la structure à saisir et conserver mes données personnelles*

Oui

Non

* les données personnelles sont saisies et conservées dans le respect des règles de confidentialité et en conformité avec les dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'avec les dispositions du règlement (UE) n°2016/67 du 27 avril 2016.

Date :

Signature :