

FICHE SANITAIRE (centre de loisirs) 2023-2024	1- ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON // FILLE // AGE : _____
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRE	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** à l'année ? oui // non //

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

J'autorise les encadrants du temps périscolaires et extrascolaires à donner le traitement à mon enfant. Oui // Non //.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU	SCARLATINE
OUI // NON //	OUI // NON //	OUI // NON //	OUI // NON //	OUI // NON //
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI // NON //	OUI // NON //	OUI // NON //	OUI // NON //	

ALLERGIES :

ASTHME oui // non // MEDICAMENTEUSES oui // non //

ALIMENTAIRES oui // non // AUTRES

Si un PAI (Protocole Accueil Individualisé) est mis en place sur le temps scolaire , nous vous demandons de bien vouloir nous en communiquer une copie .

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE ; ACCIDENT ; CRISES CONVULSIVE ; HOSPITALISATION ; OPERATION ; REEDUCATION)
EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

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

5 – MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE TELEPHONE :

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

DATE :

SIGNATURE :