



ADL - FICHE SANITAIRE 2023 / 2024

ENFANT				
NOM : _____				
PRENOM : _____				
DATE DE NAISSANCE : _____				
GARCON	<input type="checkbox"/>	FILLE	<input type="checkbox"/>	AD <input type="checkbox"/> P.CE <input type="checkbox"/> EXT <input type="checkbox"/>

ACCUEILS DE LOISIRS	
St Pierre des Corps	<input type="checkbox"/>
Fleury les Aubrais	<input type="checkbox"/>

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio Ou Tétracoq				Coqueluche Autres (Préciser)	
BCG				Autres (Préciser)	

JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS, si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre indication.

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente (**original**) et les **médicaments** correspondants.
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme Articulaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autres : _____

Allergies? **ASTHME** OUI NON **MEDICAMENTEUSES** OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON **AUTRES** _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler
Toutes les allergies Alimentaires devront être justifiées par un document médical

Conduite à tenir : _____

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

Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t'il été signé avec l'établissement scolaire : OUI NON

L'enfant porte-t-il : des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez : _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez _____

Renseignements familiaux

MERE

NOM PRENOM
ADRESSE
.....VILLE/CP
TEL. PORTABLE | | | | | | | | | | TEL. BUREAU | | | | | | | | | |
MAIL@.....

PERE

NOM..... PRENOM
ADRESSE
.....VILLE/CP
TEL. PORTABLE | | | | | | | | | | TEL. BUREAU | | | | | | | | | |
MAIL@.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

NOM..... PRENOM
ADRESSE (si différente de la mère).....
.....VILLE/CP
TEL. PORTABLE | | | | | | | | | | TEL. BUREAU | | | | | | | | | |
MAIL@.....

REGIME ET COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT - **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

Régime Caisse de Prévoyance N° _____

Numéro de sécurité sociale N° _____

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE- **COPIE A FOURNIR**

Numéro du contrat d'assurance _____

Nom de l'assureur _____

Adresse de l'assurance _____

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

Date :

Signature :