



Accueils de Loisirs - FICHE SANITAIRE

Valable du 1^{er} septembre 2024 au 31 août 2025

ENFANT
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARCON FILLE AD P.CE EXT

ACCUEILS DE LOISIRS
 St Pierre des Corps
 Fleury les Aubrais

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 :