

# FICHE SANITAIRE

## ACCUEIL DE LOISIRS ET ACCUEIL PERISCOLAIRE LES AVENTUR'RIEZ



### ENFANT

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Sexe : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom et adresse des responsables légaux :

|                      |
|----------------------|
| 1.                   |
| N° Téléphone : _____ |
| 2.                   |
| N° Téléphone : _____ |

### AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

| Nom – Prénom | Lien avec l'enfant | N° Téléphone |
|--------------|--------------------|--------------|
|              |                    |              |
|              |                    |              |

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin Traitant : \_\_\_\_\_ N° Tel : \_\_\_\_\_

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite à jour

Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

VACCINS RECOMMANDÉS : Hépatite B : Date : \_\_\_\_\_ ROR : Date \_\_\_\_\_ Coqueluche : Date : \_\_\_\_\_

AUTRES : *Précisez* \_\_\_\_\_

Joindre la copie de la page du carnet de santé ou certificat médical attestant les vaccinations

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIE SUIVANTES : **Remplir Oui ou Non**

|             |               |             |
|-------------|---------------|-------------|
| Oreillons : | Scarlatine :  | Varicelle : |
| Angine :    | Coqueluche :  | Rougeole :  |
| Otite :     | Rhumatismes : | Rubéole :   |

PORT DE : lunettes / prothèses auditives / Prothèses dentaires / autres \_\_\_\_\_

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

### SANTÉ DE L'ENFANT

ALLERGIES : Oui / Non *Précisez* : \_\_\_\_\_

ASTHME : Oui / Non AUTRES DIFFICULTÉS *précisez* : \_\_\_\_\_

TRAITEMENT EN COURS : Oui / Non

Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance en cours de validité précisant la posologie sera déposée au centre avec les médicaments ET votre accord écrit.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et, autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**DATE et SIGNATURE**