

FICHE SANITAIRE

**CETTE FICHE SANITAIRE DOIT IMPÉRATIVEMENT NOUS ÊTRE
RETOURNÉE DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE**

☆ IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

☆ VACCINATIONS (partie à remplir obligatoirement)

VACCINS OBLIGATOIRES <u>OU</u> RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
<u>ou</u> DT Polio			
<u>ou</u> Tétracoq			
BCG			

**SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE
UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

☆ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

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

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

TOURNEZ SVP →

Allergies :

Asthme oui non
Allergies alimentaires oui non

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** :

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

EN CAS D'ALLERGIE FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

Je soussigné(e) Madame/Monsieur,,
responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise la responsable du centre de loisirs et d'animation à prendre, le cas
échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date : __ / __ / ____

Signature :