

<b>FICHE SANITAIRE</b>  <b>(centre de loisirs)</b>  <b>2020-2021</b>	<b>1- ENFANT</b> 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 :