

FICHE SANITAIRE

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

N° allocataire CAF : _____

N° allocataire MSA : _____

Nom de l'allocataire : _____

DE LIAISON

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

2 – VACCINATIONS

photocopie obligatoire du carnet de vaccination

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT
MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
VACCINS DTP OBLIGATOIRE

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 et sans l'avis du responsable du centre

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON PAI OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre, nous fournir une copie du P.A.I si l'enfant en possède un.**

.....
.....

Enfant en situation de handicap (afin de faciliter l'accueil de votre enfant, merci de prendre contact avec le directeur de l'accueil en amont.)

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

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

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ
SOCIALE (JOINDRE UNE COPIE DE L'ATTESTATION)

N° de Sécurité Sociale :

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

PERE-MERE-TUTEUR : responsable du dossier

Nom / Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Tel maison :

Mail :

Tel ou vous joindre pendant l'accueil de l'enfant :

Employeur :

Tel employeur :

PERE-MERE-TUTEUR :

Nom / Prénom :

Adresse (si différente) :

.....

.....

Tel maison (si différent).....

Tel ou vous joindre pendant l'accueil de l'enfant :

Employeur :

Tel employeur :

.....

.....

Destinataire des courriers (factures, etc...) père mère tuteur autres

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent ou tuteur responsable de la garde pendant la durée de l'inscription.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

.....

6 – AUTORISATION***PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT A L'ACCUEIL DE LOISIRS (différent que responsable légal)***

NOM - PRENOM	ADRESSE	N° DE TEL

Responsable légal de l'enfant (si différent que responsable du dossier)

Nom

Prénom

Adresse.....

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

Nous autorisons le Centre, **en cas d'indisponibilité absolue des deux parents**, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

Affirme que mon enfant sait nager : oui non

Autorise l'enfant

- la prise de photos de mon enfant et la parution de celles-ci : oui non

– Autorise le directeur de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et faire les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ; m'engage à payer tous les frais médicaux.

– *Certifie que mon enfant a tous les vaccins réglementaires. Déclare que mon enfant n'a pas de problème de santé incompatible avec la vie en collectivité.*

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 de l'enfant et m'engage à payer tous les frais médicaux.

CETTE FICHE SANITAIRE EST VALABLE JUSQU'À FIN JUIN 2024.

Date et Signature