



FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins sur le participant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé mais elle est obligatoire pour tout accueil collectif de mineur.

NOM du Participant : **Prénom :**

Date de Naissance :

Garçon Fille

NOM(S)-prénom(s) du(des) responsables légal(aux) :

Adresse complète :

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du domicile :

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du travail :

Médecin Traitant (NOM, Ville et Téléphone) :

Mutuelle : **N° Mutuelle :**

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.

VACCINATIONS :

- Fournir **obligatoirement un certificat médical attestant la mise à jour des vaccins de l'enfant.**
(Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT

Le participant suit-il un traitement médical : OUI NON
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale)

Le Participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez les maladies concernées) :

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche

Otite Rougeole Oreillons

ALLERGIES

Asthme oui non | Alimentaire oui non | Médicamenteuse oui non | Autres :

CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :

.....

.....

Autorisez-vous le maquillage sur votre enfant dans le cadre des activités ? oui non

DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,) en précisant dates et précautions à prendre :

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Lunettes, Lentilles, Prothèse dentaires,... précisez)

.....

.....

Type de repas : Sans porc Végétarien Autres (précisez) :

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.

Date : **Signature :**