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. Mettre la date du prochain vaccin.** *(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

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

ALLERGIES

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

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

……

……

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 :**