



FICHE SANITAIRE CENTRE DE LOISIRS

pas de Droit à l'image



Cette fiche individuelle permet de recueillir des informations obligatoires. Remplissez-la avec une grande attention !

Elle est valable un an : du 1er septembre 2021 au 31 août 2022

1. ENFANT

NOM : SEXE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / à

* L'enfant bénéficie-t-il de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? OUI NON

Si oui, fournir la photocopie de l'attestation CMU en cours de validité (mentionnant les nom et prénom de l'enfant)

2. RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Code postal et Ville :

Tél. Fixe (domicile) : Tél. Bureau :

Tél Portable (préciser le propriétaire) :

3. VACCINATIONS

Fournir la photocopie des pages du Carnet de Santé p° 90 à 95 (vaccinations et maladies contagieuses), même si elles sont vierges.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION
ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

- * PARTICULARITES :
- | | | |
|---------------------------|-----|-----|
| ASTHME : | OUI | NON |
| ALLERGIE ALIMENTAIRE : | OUI | NON |
| ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : | OUI | NON |
| P.A.I : | OUI | NON |

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication, le signaler plus bas).
Nous fournir la **photocopie du P.A.I** mis en place avec l'école.

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

* TRAITEMENTS :

L' enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si OUI : lequel et pourquoi ?

- traitement à la maison ? OU traitement en permanence avec l'enfant ?

(une copie de l'ordonnance est obligatoire si les médicaments doivent être administrés par le personnel du Centre)

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez **les diverses particularités** pouvant concerner votre enfant (régime alimentaire, port de drains, lunettes, maladie, crises convulsives, hospitalisation...) en précisant **les précautions à prendre** :

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

* REGIME ALIMENTAIRE :

- Sans porc Sans viande Autre :

Je, soussigné, responsable du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (transport, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :