



## 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 2022 au 31 août 2023*

### 1. ENFANT

NOM : ..... SEXE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... à .....

\* L'enfant bénéficie-t-il de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ? OUI NON

*Si oui, fournir la photocopie de l'attestation CMU ou CSS 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 3 double-pages du Carnet de Santé (vaccinations et maladies contagieuses), même si elles sont vierges.**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL

#### 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 :