

Fiche sanitaire et autorisation (une fiche par enfant)

▪ **L'ENFANT :**

NOM :

Prénom :

Date de naissance : _ / _ / _ Sexe :

Médecin traitant et numéro de téléphone:

▪ **LES VACCINATIONS :**

Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

▪ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant a-t-il eu (a-t-il toujours) les maladies suivantes :

- | | | | |
|------------------------------|---|-------------------------|---|
| - Rubéole | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - angine | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Varicelle | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Rougeole | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Coqueluche | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Oreillons | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Otite | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Scarlatine | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Diabète | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Quel traitement ? | |
| - Asthme | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Fréquence ? | |
| - Allergies aux médicaments | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? | |
| - Allergies alimentaires | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? | |
| - Autres allergies | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Nature ? | |
| - Hypersensibilité au soleil | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Précautions ? | |

Indiquer ci-dessous les autres difficultés de santé, en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisations...) et précautions particulières à prendre :

Aucun médicament ne pourra être délivré par l'équipe encadrante (en dehors d'un PAI)

▪ **RESPONSABLE LEGAL OU TUTEUR :**

NOM : Prénom :

N° de sécurité sociale:

Compléments d'adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphones d'urgence: / /