



03 85 25 27 54

FICHE SANITAIRE 2020

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT 3-11 ANS

L'enfant

Fille Garçon

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de sécurité sociale

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
OU DT Polio			
OU Tétracoq			

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

Maladie

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre la photocopie de l'ordonnance.

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies

L'enfant a-t-il des allergies :

Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Médicamenteuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres (préciser) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

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

**Recommandations
utiles des parents**

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre

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

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses, etc... :

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

**Responsable
légal de l'enfant**

Nom :

Prénom :

Adresse

Numéros de téléphone en cas d'urgence

1 :

2 :

Médecin traitant

Nom :

Adresse

Numéro de téléphone

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés
sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à
prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état
de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date :

Signature :