



## FICHE SANITAIRE 2024

### ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT 3-11 ANS

03 85 25 27 54

#### L'enfant

Fille

Garçon

Nom .....Prénom.....

Date de naissance .....

N° de sécurité sociale .....

#### Vaccinations

Vaccins obligatoires	Dates de rappel	Vaccins obligatoires	Dates de rappel
Diphtérie		Haemophilus influence B	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Pneumocoque	
Rougeole		Méningocoque C	
Oreillons		Hépatite B	
Rubéole			

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

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

Si oui joindre la photocopie de l'ordonnance.

#### Allergies

Asthme		Médicamenteuse	
Alimentaire		Autres	

Existe-t-il un PAI pour la conduite à tenir ?  oui  non

## 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

Numéros de téléphone en cas d'urgence

1 : Père .....

2 : Mère.....

## 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 :