



# FICHE SANITAIRE

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..../..../.....

Sexe M  F

## 1. VACCINATION

Date du dernier **DT Polio (OBLIGATOIRE)** : .....

Si l'enfant n'a pas reçu ce vaccin, joindre un certificat médical de contre-indication.

## 2. RENSEIGNEMENTS

Poids..... Taille.....

Suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non

MEDICAMENTEUSES  oui  non

AUTRES (animaux, pollen,..)  oui  non

Précisez.....

\* Si votre enfant présente une allergie alimentaire/asthme ou autre, **un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** doit être signé.

\* Si le PAI est en cours : veillez au renouvellement et à la transmission du nouveau document (reconduction PAI)

\* Si le PAI est à mettre en place : transmettez, dans l'attente de la signature du PAI, un certificat médical.

L'enfant présente-t-il un problème de santé?  oui  non

Si oui, précisez .....

.....

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant,..

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

## 4. REPAS

- Ne consomme pas de porc
- Ne consomme pas de viande
- Autre.....

## 5. RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE.....

TEL TRAVAIL .....

**Nom et téléphone du médecin traitant :** .....

*Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.*

Date .....

Signature