



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