FICHE SANITAIRE

Nom :……Prénom……

Sexe : M / F (Entourez)

Né(e)le :……

ALLERGIE	COMMENTAIRES
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

PAI OUI / NON (**si oui, fournir les documents**)

Médecin traitant : ..... tel : .....

VACCINATIONS indiquer la date du dernier rappel

OBLIGATOIRE (si l'enfant n'est pas à jour joindre un certificat médical de contre-indication)

DT POLIO:

RECOMMANDEES:

BCG HEPATITE ROR

L'enfant suit- il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON
Si **OUI** joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leurs emballages d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

DIFFICULTES DE SANTE ET PRECAUTIONS A PRENDRE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations..)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
(Lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires…..)

MAL DES TRANSPORTS OUI / NON (entourez la réponse)

ENURESIE OUI / NON

Autres : ……

J'autorise la direction de l'accueil de loisirs à donner un antipyrétique à mon enfant en cas de fièvre (mal de tête) Poids de mon enfant :_____

OUI / NON (Entourez la réponse)

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

A……Le……..

Signature :