



FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____ GARCON ☐ FILLE ☐

ECOLE : _____

REPONSABLE DE L'ENFANT :

NOMPRENOM

ADRESSE

☎ DOMICILE :

☎ PORTABLE DE MR : BUREAU :

☎ PORTABLE DE MME : BUREAU :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

(1) NOM : ☎

(2) NOM : ☎

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐
ALIMENTAIRE OUI ☐ NON ☐ AUTRES

REGIME ALIMENTAIRE : AUCUN ☐ SANS PORC ☐ SANS VIANDE ☐

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lentilles, lunettes, prothèse auditives ou dentaires etc ...) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

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

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">OUI</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>NON</td><td></td></tr> </table>	OUI		NON		VARICELLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">OUI</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>NON</td><td></td></tr> </table>	OUI		NON		ANGINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">OUI</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>NON</td><td></td></tr> </table>	OUI		NON		SCARLATINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">OUI</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>NON</td><td></td></tr> </table>	OUI		NON	
OUI																			
NON																			
OUI																			
NON																			
OUI																			
NON																			
OUI																			
NON																			
OREILLONS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">OUI</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>NON</td><td></td></tr> </table>	OUI		NON		OTITE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">OUI</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>NON</td><td></td></tr> </table>	OUI		NON		ROUGEOLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">OUI</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>NON</td><td></td></tr> </table>	OUI		NON						
OUI																			
NON																			
OUI																			
NON																			
OUI																			
NON																			

VACCINATIONS DE L'ENFANT

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations, ou joindre copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Autorisations :

Droit de Sortie : - J'autorise mon enfant à rentrer seul après le **périscolaire** à partir de

OUI ☐ **NON** ☐

Droit de Sortie : - J'autorise mon enfant à rentrer seul après le **centre de loisirs** à partir de

OUI ☐ **NON** ☐

Droit à dégustation : -J'autorise mon enfant, à déguster les préparations faites pendant les ateliers culinaires.

OUI ☐ **NON** ☐

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et atteste avoir pris connaissance du règlement.

DATE :

SIGNATURE :