

Fiche sanitaire

Accueil de Loisirs Boutons d'Or

Nom et prénom de l'enfant.....

Date de naissance.....

☺ Nom et prénom du responsable légal.....

Date de naissance

Adresse, cp et commune.....

☎ Domicile..... ☎ Portable.....

☎ Travail..... ☐ Mail.....

Profession.....

☺ Nom et prénom du conjoint.....

Date de naissance

Adresse, cp et commune.....

☎ Domicile..... ☎ Portable.....

☎ Travail..... ☐ Mail.....

Profession.....

☺ N° allocataire CAF..... QF.....

N° allocataire MSA..... ☐ Exploitant ☐ Salarié

☐ Autres régimes

Autorisations parentales

Je soussigné.....

Responsable de (nom, prénom).....

donne l'autorisation au responsable de l'Accueil de Loisirs :

⇒ de transporter ou faire transporter mon enfant, pour d'éventuelles sorties, par d'autres parents, les animateurs, en car

⇒ de prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé des enfants.

autorise n'autorise pas mon enfantà rentrer seul (e) le soir après l'activité

autorise n'autorise pas mon enfantà se baigner

autorise n'autorise pas mon enfant à être photographié

autorise n'autorise pas Un Pas De Côté à utiliser les photos pour les supports de communication

A..... le.....

Signature :

NOM de l'enfant.....

PRENOM.....

Garçon

Fille

1 – VACCINATIONS (merci de remplir la partie ci-dessous au lieu de fournir des photocopies)

DESCRIPTIF	Nom du vaccin	Date dernier rappel	DESCRIPTIF	Nom du vaccin	Date dernier rappel
Diphtérie+Tétanos+Coqueluche +Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> Tetravac		<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCB <input type="checkbox"/> Monovax	
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio <input type="checkbox"/> Revaxis		<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engérix <input type="checkbox"/> Genhevac <input type="checkbox"/> HBVax	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax		<input type="checkbox"/> Rougeole- Oreillons-rubéole	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Priorix	

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui non

Otite oui non

Rougeole oui non

Coqueluche oui non

Varicelle oui non

Oreillons oui non

Angine oui non

Rhumatisme articulaire aigu oui non

Scarlatine oui non

L'enfant a-t-il des allergies ? Asthme oui non Alimentaires oui non Médicamenteuses oui non
Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

3 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... (précisez) ?

.....
.....

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom, prénom.....

Adresse et téléphone (pendant le séjour).....

Nom et tél. du médecin traitant (souhaité).....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Date : Signature :