

NOM : _____

ANNÉE
2017 - 2018

Prénom : _____

FICHE SANITAIRE

I – IDENTITÉ DE L'ENFANT

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

Adresse :

N° : Rue/Avenue.....

Code postal : VILLE :

N° Tél. domicile :/...../...../...../..... N° Tél. portable :/...../...../...../.....

E-mail :@.....

III – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre le PAI

Allergies : alimentaires oui non

médicamenteuses : oui non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie :

Recommandations utiles : difficultés de santé particulière et les précautions à prendre, port de lunettes/lentilles/prothèses auditives ou dentaires etc....

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

ANNÉE

NOM

VI – DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Pour être admis aux temps d'accueil périscolaires, cette déclaration doit être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.

Je soussigné(é)

Père – Mère – Tuteur (1) de l'enfant :

CERTIFIE que mon enfant est à jour de ses vaccinations

AUTORISE le directeur du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant à l'hôpital de Thonon.

A le/...../.....

Signature, suivie de la mention « lu et approuvé »

(1) Rayer la mention inutile

III – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin traitant :

Le enfant suit-il un traitement : oui / non

à quel endroit :

Médicaments :

Allergies :

Autres :

Préciser la cause de l'allergie :

Les renseignements fournis sont exacts et complets. L'absence de réponse est assimilée à une réponse négative.

Date de remplissage :