



FICHE SANITAIRE Année Scolaire 2009/2010

Services Périscolaires – Centre d’Animations Municipal – L’Atelier

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / __ / __ / ____ GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS : fournir copie du carnet de santé ou un certificat de vaccinations de l'enfant.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Nom Caisse : N° Sécurité Sociale : _____ / ____

Mutuelle (N° adhérent – Nom mutuelle) :

Nom et n° tél du médecin traitant :

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 (pour le Centre d’Animations Municipal et l’Atelier) ou sans PAI (pour le périscolaire)

4 - ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES ASTHME ALIMENTAIRES AUTRE

PRÉCISEZ L'ALLERGIE, SA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

INDIQUEZ LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

.....
.....

Je soussigné (e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :