



FICHE SANITAIRE DU JEUNE

LE JEUNE

NOM:

PRENOM:

AGE:

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom: Prénom: Lien de parenté: Numéros:

Nom: Prénom: Lien de parenté: Numéros:

Nom: Prénom: Lien de parenté: Numéros:

1- VACCINATION: Joindre obligatoirement la photocopie des vaccins

Infos: la vaccination obligatoire est le DT polio contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.
Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication médicale)

2-RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

ALLERGIES (nous fournir le PAI si nécessaire)

Asthme. Précisez la cause et la conduite à tenir

Allergies Alimentaires. Précisez la cause et la conduite à tenir

Allergies Médicamenteuses. Précisez la cause et la conduite à tenir

Autres. Précisez la cause et la conduite à tenir

3-AUTRES INFORMATIONS sur sa santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...en précisant les précautions à prendre). En cas de traitement médical, joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant cité ci-dessus, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature obligatoire: