FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

L'ENFANT	
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.
……
……
……

4-Le médecin traitant

Nom: *Prénom:* *Commune/ Ville:*
Tél:

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:**