



# FICHE SANITAIRE

## Accueil de Loisirs Sans Hébergement

### Commune de Gœulzin

(Une fiche par enfant)



#### RENSEIGNEMENT CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Fille / Garçon

Taille : \_\_\_\_\_ Pointure : \_\_\_\_\_ (Obligatoire pour réserver certaines activités)

#### VACCINATIONS

**Pour inscrire son enfant à toute structure d'accueil collectif de mineurs, il faut fournir la preuve qu'il est à jour de ces vaccins ou qu'il a une contre-indication l'en dispensant. Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

#### **REMPILIR OBLIGATOIREMENT LE TABLEAU + PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION**

**Pour les enfants scolarisés à l'école Mireille du Nord, tableau ci-dessous à remplir obligatoirement MAIS il n'est pas nécessaire de fournir la photocopie sauf en cas de modifications dans les vaccins.**

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

#### MEDICAMENTS

Votre enfant suivra-t-il un traitement médical durant le séjour :  OUI  NON - *Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans la boîte d'origine avec la notice - avec le nom de l'enfant inscrit sur la boîte).* **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE SANS ORDONNANCE.**

#### ALLERGIES et REGIME ALIMENTAIRE

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres		

Veuillez préciser l'allergie et la conduite à tenir en cas d'incident allergique:

---



---



---



---



---

	NON	OUI
Végétarien Sans porc		

**Information concernant le régime alimentaire:**

---



---



---



---

Un PAI (*Protocole d'Accueil Individualisé*) a-t-il été mis en place avec l'école ?  OUI  NON

Précisez le protocole à suivre :

---



---



---



---



---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

*(Santé, maladie, accident, rééducation, hospitalisation, porteurs de handicap, lunettes, prothèses ...)*

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---




---



---



Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), Mr / Mme \_\_\_\_\_  
responsable l'égal de l'enfant, \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :