



FICHE SANITAIRE

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Commune de Gœulzin

(Une fiche par enfant)



RENSEIGNEMENT CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

Né(e) le : _____ Filles / Garçon

Taille : _____ Pointure : _____ (Obligatoire pour réserver certaines activités)

VACCINATIONS

Pour inscrire son enfant à toute structure d'accueil collectif de mineurs (école, accueil de loisirs, séjour de vacances) il faut fournir la preuve qu'il est à jour de ces vaccins ou qu'il a une contre-indication l'en dispensant.

OBLIGATOIRE : Joindre une photocopie du carnet de vaccination ET remplir le tableau ci-dessous. Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
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 :