



Fiche sanitaire



ENFANT

NOM - Prénom

Date de naissance / /

Garçon

Fille

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui

Fournir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole Varicelle Oreillons Scarlatine Coqueluche

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine Otite Angine Asthme Rhumatisme articulaire aigu

ALLERGIES - En cas d'allergies, merci de fournir un PAI

Médicamenteuse

Alimentaires

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre

Recommandations utiles (Lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires etc...

Responsable de l'enfant :

Nom - Prénom

Téléphone

Adresse

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus 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 l'enfant

Fait à :

Le : / /

Signature :