



FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant
Prénom.....
Date de naissance.....

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles durant l'année. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et les informations communiquées sont confidentielles.

1 - RESPONSABLES LEGAUX DU/DE LA JEUNE

Nom Prénom
Adresse.....
Tél. domicile (fixe et/ou portable).....
Nom et tél. du médecin traitant.....

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical oui non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

PAI : Asthme oui non Médicaments oui non
Alimentaire oui non Autres (ex : MDPH)

Précisez la conduite à tenir (joindre l'ordonnance, le protocole et le matériel de soin)

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant suit-il un régime alimentaire : oui non
Lequel ? sans porc sans viande autre
préciser.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, énurésie (pipi au lit) etc. Précisez :

4 - VACCINATIONS

Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, indiquant clairement l'identité du détenteur.
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

5 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (MALADIES)

Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie du carnet de santé relatives à la liste des maladies (rubéole, varicelle, angines, rhumatismes...)

N° sécurité sociale : Centre payeur :
CPAM
MSA
AUTRE :

En signant cette fiche sanitaire, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et j'autorise le responsable des accueils jeunes à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation).

Date : Signature