

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

Ils permettent de préparer au mieux le séjour de votre enfant. Nous vous remercions de les compléter le plus précisément possible.

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES SUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Né.e le : _____ à _____ Nationalité : _____ Sexe : _____

Langue maternelle : _____ Autres langue(s) parlée(s) : _____

Frère ou sœur : oui non Si oui, combien ? _____

Nom et adresse de la personne responsable durant le séjour et à contacter si besoin : _____

Téléphone personnel : _____ Téléphone professionnel : _____ Parenté avec l'enfant : _____

Personnes à prévenir en cas de nécessité

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté avec l'enfant _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté avec l'enfant _____

SES ACTIVITES

L'enfant a-t-il déjà participé à des vacances collectives ? oui non Sait-il nager ? oui non

Peut-il participer à toutes les activités ? oui non Si non lesquelles ? : _____

SA SANTE

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Vaccinations	Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Numéro de sécurité sociale : _____

Sa taille : _____

Son poids : _____

Suit-il un traitement médicamenteux ? oui non Si oui lequel ? : _____

Si l'enfant suit un traitement médicamenteux, veuillez les fournir, noter le nom, prénom de l'enfant et le dosage sur la boîte, joindre l'ordonnance valide à l'animateur. ice lors de l'accueil.

Allergies : Alimentaires Oui Non
 Médicamenteuses Oui Non
 Autres (animaux, pollen, autres) Oui Non

Maladies infantiles antérieures :

Accidents ou opérations subies :

Régime alimentaire particulier :

Y-a-t-il des informations concernant la vie quotidienne de l'enfant utiles à communiquer à l'équipe d'encadrement (énurésie, apnée du sommeil, angoisses, troubles du comportement, besoins particuliers, ...). Toute information est primordiale pour l'accueil de votre enfant.

PAI : oui non Si oui, nous le faire parvenir par email.

MDPH : oui non en cours

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e) (nom et adresse de la (des) personne(s) responsable(s))

autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Je soussigné(e) _____, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à _____, le _____

Signature