



FICHE SANITAIRE
Accueil de loisirs « Planète Jeunes »
1 fiche à remplir par enfant



L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

École :

Classe :

Enseignant :

Nom du médecin traitant :

Téléphone médecin traitant :

Votre enfant suit-il un **traitement*** ? OUI NON

.....

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments.*

(boîte de médicaments dans leurs boîtes d'origine, avec l'ordonnance, marquées au nom de l'enfant.)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il une reconnaissance MDPH ? *(Où en cours)*..... OUI NON

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

Votre enfant a-t-il des diabolos ? OUI NON

Votre enfant fait-il de l'asthme* OUI NON

Si oui a-t-il une Ventoline ? OUI NON

• Votre enfant a-t-il des **allergies alimentaires** ? OUI NON

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

.....

.....

.....

.....

- Votre enfant a-t-il des **allergies médicamenteuses** ? OUI NON

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

.....

- Votre enfant a-t-il des **allergies autres** ? (animaux, pollen...)..... OUI NON

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

.....

- Indiquez ci-dessous les **difficultés de santé** (accident, crises convulsives...)

.....

VACCINATION – Pour les enfants né avant 2018			
Obligatoire	OUI	NON	Date du dernier rappel
Diptérie Tétanos Polio - DTP			
Recommandés			
Tuberculose - BCG			
Coqueluche			
Rubéole – Oreillons – Rougeole – ROR			
Hépatite B			
Haemophilus			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
VACCINATION – Pour les enfants né après 2018			
Obligatoire	OUI	NON	Date du dernier rappel
Diptérie Tétanos Polio - DTP			
Coqueluche			
Rubéole – Oreillons – Rougeole – ROR			
Hépatite B			
Haemophilus			
Pneumocoque			
Méningocoque C			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de non-contre-indication.

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant.....

- *Déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus*
- *Autorise la direction à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires à la santé de mon enfant*

Date et signature :