



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 ? (Ou 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
Diphtérie 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
Diphtérie 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 :