



FICHE SANITAIRE

NOM _____
PRÉNOM _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Sexe : F / G

➤ VACCINATIONS : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné (photocopie possible à la Maison des Jeunes et de la Culture de Tassin la Demi-Lune).

➤ TRAITEMENTS EN COURS :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

*Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Indiquez ci dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation.....port de lunettes, port d'appareillage auditif.....)

Traitement médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil) si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable.**

Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....
PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TEL. :
NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours.
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

J'autorise mon enfant à :

- à venir seul à l'Accueil de Loisirs	oui	non	horaire :
.....			
- à quitter seul l'Accueil de Loisirs	oui	non	horaire :
.....			
- a venir ou partir avec une tiers personne	oui	non	nom :
.....			

Signature du responsable légal :

Prend fin le :