

FICHE SANITAIRE

A.L.S.H. de la Vallée de la Payre à Chomérac

A remplir pour chaque enfant, faire des copies ou venir en chercher en Mairie.

L'enfant

Fille Garçon

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Age : ans

Vaccinations

Dates de vaccinations :

DT POLIO : ENGERIX : PRIORIX :

INFANRIX : MENINGITEC : PREVENAR :

ROR : autres :

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

Maladies

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

L'enfant a-t-il un P.A.I. ? OUI, joindre une copie NON

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cochez la ou les case(s) correspondantes et mettre la date)

Rubéole Varicelle Scarlatine Rhumatismes Angine

Le Le Le Le Le

Coqueluche Otite Asthme Rougeole Oreillons

Le Le Le Le Le

Allergies

ALIMENTAIRES OUI NONdate.....

MEDICAMENTEUSES OUI NON date.....

ASTHME OUI NON.....date.....

AUTRES (animaux, plantes, pollens) OUI NONdate.....

Préciser par écrit les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Régime alimentaire

NORMAL SANS POISSON SANS PORC

SANS VIANDE VEGETARIEN VEGETALIEN

Autres :

Difficultés de santé

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

.....
.....
.....

Recommandations

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

.....
.....
.....

Responsable de l'enfant

Nom :Prénom :

Adresse :

.....

Médecin traitant

Nom :

Ville : N° téléphone :/...../...../...../.....

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :