

FICHE SANITAIRE

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

L'enfant

Fille Garçon

Nom : Prénom :

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

Vaccinations

Dates de vaccinations :

DT POLIO : MONOVAX : PRIORIX :

MONOTEST : PENTACQ : ENTAVAX :

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 eu les maladies suivantes : (cochez la ou les case(s) correspondantes)

Rubéole Varicelle Scarlatine Rhumatismes Angine

Coqueluche Otite Asthme Rougeole Oreillons

Allergies

ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

ASTHME OUI NON.....

AUTRES (animaux, plantes, pollens) OUI NON

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 :