

# FICHE SANITAIRE

## RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Fille  Garçon

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

## L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rougeole  Rubéole  Oreillons  Varicelle  Coqueluche  Scarlatine

## ALLERGIE

ASTHME :  OUI  NON

MEDICAMENTEUSE :  OUI  NON | **si oui**, lesquelles : .....

ALIMENTAIRE :  OUI  NON | **si oui**, lesquelles : .....

AUTRES : .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des :

Lentilles  Lunettes  Prothèses auditives  Prothèses dentaires

Autres : .....

## RESPONSABLE 1

Nom : .....

Prénom : .....

Tél domicile : .....

Tél travail : .....

Portable : .....

E-mail : .....

## RESPONSABLE 2

Nom : .....

Prénom : .....

Tél domicile : .....

Tél travail : .....

Portable : .....

E-mail : .....



# FICHE SANITAIRE (suite)

## AUTORISATION PARENTALE

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité du représentant légal (présentation d'une pièce d'identité) :

Nom, Prénom : ..... Tél : .....

Nom, Prénom : ..... Tél : .....

Nom, Prénom : ..... Tél : .....

## MÉDECIN

Nom, Prénom du médecin traitant : .....

Tél : .....

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, mon enfant sera dirigé par les secours vers :

le centre hospitalier .....  
(si hôpital, préciser le nom)

OU

la clinique.....  
(si clinique, préciser le nom)

## RESPONSABLE 1

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

Date : ..... Signature des détenteurs de l'autorité parentale :

## RESPONSABLE 2

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

Date : ..... Signature des détenteurs de l'autorité parentale :