

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 :