

Fiche Sanitaire 2024/2025

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

- F
 M
 Ne souhaite pas répondre

Nom du responsable légal de l'enfant :

GROUPE SANGUIN :

VACCINATIONS : (joindre une photocopie des vaccinations)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
				Autres (préciser)	

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ?

- 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.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

ALLERGIES :

POUSSIÈRES	MÉDICAMENTS	ALIMENTAIRES	POILS ET PLUMES	AUTRES :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

ASTHME : OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

DIFFICULTES DE SANTE

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Merci d'apporter des précisions ainsi que tout élément pouvant nous aider à accompagner au mieux l'enfant dans la vie collective (historique, comportement, précautions à prendre, recommandations, situation familiale, jugement...) :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lentilles ?

- Oui
- Non

L'enfant porte-t-il des lunettes ?

- Oui
- Non

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?

- Oui
- Non

L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?

- Oui
- Non

Autres :

REPAS

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé ?

- Oui
- Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

- Oui, quel est-il ?
- Non

CONTACT DU MÉDECIN DE FAMILLE :

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

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

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

Contact en cas d'urgence

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER :

RELATION AVEC L'ENFANT (père, mère, tante, ...) :

TÉL PORTABLE :

TÉL DOMICILE :

TÉL PROFESSIONNEL :

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

Date :

Signature :

RAPPEL :

Le responsable légal de l'enfant doit informer le responsable de l'accueil de loisirs de tous changements liés à la fiche sanitaire durant la période de l'accueil jeunesse.

La fiche sanitaire a une validité d'un an. Aucun enfant ne sera accepté dans l'accueil jeunesse sans cette fiche.

Nous vous remercions de remettre cette fiche sanitaire sous enveloppe cachetée avec le nom et prénom de l'enfant sur l'enveloppe.



ACCUEIL JEUNESSE LARRA
AMALGAMJEUNESSELARRA@GMAIL.COM
Tél : 06.66.15.36.94



ASSOCIATION AMALGAM
AMALGAM.DANSE@GMAIL.COM
Tél : 09 73 69 36 91
www.amalgam-danse.fr

**Agrément jeunesse et éducation populaire n° 3115JEP 0005 en date
du 28 janvier 2016**