

# FICHE SANITAIRE 2017

## 1- RENSEIGNEMENT ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... LIEU : .....  
 Ecole fréquentée : .....

**2- RENSEIGNEMENT FAMILLE :** SITUATION FAMILIALE :  Marié(e)  Vie maritale   
 Divorcé(e)  Célibataire  Veuf(ve)

**RESPONSABLE :** NOM : ..... PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
 ADRESSE : .....

MAIL : .....  
 Tel. Domicile : ..... Tel. Portable : ..... Tel. Professionnel : .....  
 Numéro de sécurité sociale : ..... Centre de sécu : .....

Régime général  MSA  Autres : .....  
 CAF de : ..... N° d'allocataire : ..... Quotient familial : .....  
 Profession : ..... Employeur : .....

**CONJOINT :** NOM : ..... PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
 ADRESSE : .....

MAIL : .....  
 Tel. Domicile : ..... Tel. Portable : ..... Tel. Professionnel : .....  
 Numéro de sécurité sociale : ..... Centre de sécu : .....  
 Profession : ..... Employeur : .....

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

## 3- AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone
■	.....	.....	.....
■	.....	.....	.....
■	.....	.....	.....

Si l'enfant a plus de 6 ans est-il autorisé à rentrer seul ? OUI NON

**Personnes à contacter en cas d'urgence** si les responsables sont injoignables. Précisez noms et téléphone :

• ..... • .....

## 4- VACCINATIONS

**FURNIR UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT**

## 5- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant de l'enfant : .....  
 Adresse : .....  
 Tel : .....

Dans quelle clinique ou hôpital doit-il être prioritairement conduit? .....

**6- MALADIES INFANTILES**

- Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine  Coqueluche
- Otite  Rougeole  Oreillons

**7- RENSEIGNEMENTS SUR LES ALLERGIES**

- Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse
- Autre : .....

L'enfant suit il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Si allergie**, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Si automédication le signaler :

.....

.....

.....

Indiquez les **difficultés de santé** de l'enfant. Maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

.....

.....

.....

**Recommandations utiles.** L'enfant porte t'il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire

.....

.....

**8- CONTRAINTES ALIMENTAIRES**

.....

.....

**9- AUTRES OBSERVATIONS**

Indiquez toutes informations que vous considérez importantes pour le suivi de votre enfant au Centre de loisirs Les Villages du Châtelet : .....

.....

.....

.....

Je soussigné....., responsable de l'enfant.....certifie exact les informations remplies sur ce document.

Fait à :

Le :

Signature :