

Fiche sanitaire

Animations adolescents 2015-2016

Nom de l'enfant : Prénom :
Né(e) le : à

garçon - fille - Etablissement scolaire fréquenté :

Classe : enseignant :

Nom du Responsable : Prénom :

Adresse : code postal :

Ville : tel. Domicile :

Tel. Port.: En cas d'urgence prévenir.....

..... tel.....

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du Centre Payeur :

.....

Assurance : n°.....

Médecin traitant : Tel.....

VACCINATIONS : Antipoliomyélitique—antidiphthérique—antitétanique— anti coqueluche

photocopies du carnet de santé -Vaccinations obligatoires à jour

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....

Certificat médical de contre indication : Dr.....

Injection de sérum : nature.....date.....

Nature.....date.....

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

Rubéole : oui non - Varicelle : oui non - angines : oui non -

Rhumatismes : oui non - scarlatine : oui non - coqueluche : oui

non - Otites : oui non - asthme : oui non - rougeole : oui non

- Oreillons : oui non - allergies : oui non . Si oui, lesquelles :

.....

L'enfant suit-il un traitement : oui non si oui lequel

.....

Photocopie de Protocole de santé (PAI) si nécessaire : oui non

Je soussigné, Monsieur, Madame.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des accueils de loisirs CCVD, à prendre le cas échéant, toutes mesures, traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

Ces renseignements resteront confidentiels et ne seront consultés que par le responsable de l'accueil. Remettre cette fiche dans une enveloppe cachetée, si nécessaire