

Centre de Loisirs du Grand Cahors

Fiche Sanitaire - 1 par enfant

Cette fiche sanitaire doit être remise à la Direction du Centre de Loisirs que vous fréquentez, sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur.

Nom du Centre de Loisirs fréquenté :

1. ENFANT

Nom

Garçon

Prénom.....

Fille

Date de Naissance.....

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX concernant l'enfant

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

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

RUBEOLE

Oui Non

VARICELLE

Oui Non

ANGINE

Oui Non

SCARLATINE

Oui Non

COQUELUCHE

Oui Non

OTITE

Oui Non

ROUGEOLE

Oui Non

OREILLONS

Oui Non

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Oui Non

L'enfant est-il allergique ?

ASTHME

MEDICAMENT

ALIMENTAIRE

Oui Non

Oui Non

Oui Non

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

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

Indiquez si difficulté de santé (maladie, maladie chronique, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) Oui Non Date de validité :
(si oui, définir et fournir le protocole 8 jours avant le 1^{er} jour d'accueil de l'enfant)

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, ... précisez

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

4. RESPONSABLE LEGAL de l'enfant

NOM et prénom

Adresse

.....
.....

N° de Sécurité Social :

Téléphone fixe et portable

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU Oui Non

D'une prise en charge de sécurité sociale à 100 % Oui Non

(fournir attestation)

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signature :