

## 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

Oui  Non

MEDICAMENT

Oui  Non

ALIMENTAIRE

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<sup>er</sup> 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 :