



FICHE SANITAIRE

Vaccination (joindre les copies des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant) :

Vaccins Obligatoire	Date dernier rappel	Vaccins RECOMMANDES	Date dernier rappel
Diphtérie		BCG	
Tétanos		ROR	
poliomyélite		HEPATITE B	
		COQUELUCHE	
		AUTRE :	

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

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

AUCUN MEDICAMENT SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné madame/monsieur
autorise(nt) le responsable de l'accueil et le personnel encadrant à faire donner les soins utiles à mon enfant et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale, en cas d'urgence ou de nécessité constaté par un médecin.

Signature :

Maladies contagieuses – l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Recommandations utiles

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaire ... ?

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

40 avenue Gaston Roux 13350 Charleval

Téléphone : 06 83 12 51 45

Mail : foyer.rural13350@gmail.com

Troubles de la santé (si vous remplissez la case si dessous vous devez obligatoirement compléter un formulaire PAI, à demander par mail)

Allergie alimentaire :	oui	non	Asthme :	oui	non
Allergie médicamenteuse :	oui	non	diabète :	oui	non
Si allergies, préciser à quoi :.....					
Notez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler/si certificat médical, joindre une copie) :					
.....					
Si autre maladie, précisez laquelle :					
Notez la conduite à tenir en cas d'urgence (joindre le certificat médical en cas de traitement) :					
.....					
.....					

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

Nom Prénom :	Nom Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
N° sécurité sociale :.....	N° sécurité sociale :.....
TEL. :	TEL. :
PORTABLE :	PORTABLE :
Mail :	Mail :

Autres personnes à prévenir (nom et téléphone) :

NOM et TELEPHONE du Médecin Traitant :

Assurances et responsabilité civile

Nom de la compagnie d'assurance ;

Numéro du contrat :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également, à régler tous les frais qui en résulteraient.

Fait à le

Signature :