

Fiche sanitaire.....

1- Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

L'enfant bénéficie-t-il de
la Couverture Maladie Universelle (CMU) ?☐ OUI ☐ NONSi oui, fournir la photocopie de l'attestation
(mentionnant les nom et prénom de l'enfant)
+ la photocopie de la Carte Vitale.

Nom de l'assurance et n° de police :

3- Renseignements
médicaux

VACCINATION

Fournir la photocopie des pages du carnet de santé (vaccinations et maladies contagieuses), même si elles sont vierges. Si l'enfant n'a pas tous les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

PARTICULARITÉS MÉDICALES

Asthme ☐ OUI ☐ NONAllergie alimentaire ☐ OUI ☐ NONAllergie médicamenteuse ☐ OUI ☐ NONP.A.I. ☐ OUI ☐ NONPrécisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
(signaler si automédication). Fournir la photocopie du P.A.I.

RECOMMANDATIONS UTILES

Indiquez les diverses particularités pouvant concerner votre enfant (régime alimentaire, port de drains, lunettes, maladie, convulsions, hospitalisation, ...) en précisant les précautions à prendre :

Régime alimentaire ☐ sans porc ☐ sans viande ☐ autre

2- Responsables légaux

RESPONSABLE 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél (personnel) :

Tél (professionnel) :

RESPONSABLE 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél (personnel) :

Tél (professionnel) :

TRAITEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel et pourquoi ?

Traitement à la maison ☐ OUI ☐ NONEn permanence avec l'enfant ☐ OUI ☐ NON

(Fournir une copie de l'ordonnance des médicaments qui peuvent être administrés par le personnel de la Direction)

Je soussigné(e), responsable du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du secteur Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :