



## FICHE DE SANITAIRE CONFIDENTIELLE

NOM DE L'ENFANT ..... PRENOM .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE ..... / ..... / ..... A .....

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM ..... PRENOM .....

Adresse .....

Tél Domicile ..... E. Mail .....

Portable Mère ..... Portable Père .....

### AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE :

NOM ..... Téléphone .....

NOM ..... Téléphone .....

### SECURITE SOCIALE :

N° de Sécurité sociale .....

Régime d'affiliation à préciser : Général EDF/GDF Fonctionnaire MSA SNCF

### MEDECIN TRAITANT :

Nom ..... Tél .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?  OUI  NON

Préciser .....

(Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance ni la posologie écrite sur les boîtes d'origine)

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

En l'absence de vaccins obligatoires, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication

### ALLERGIE :

Alimentaire  OUI  NON

Médicamenteuse  OUI  NON

Autres (animaux, plantes, pollen etc. ...)  OUI  NON

Préciser .....

### DIFFICULTES DE SANTE ET PRECAUTIONS A PRENDRE :

### VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES DE CONTACT, DES PROTHESES AUDITIVES – DENTAIRES OU AUTRES

Préciser .....

### RECOMMANDATIONS UTILES (par exemple, comportement de l'enfant – droit de garde exclusif – problèmes familiaux)

Je, soussignée Mr /Mme ..... responsable légal de l'enfant .....  
certifie exacts les renseignements portés sur ce présent document et autorise le, la  
responsable d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)  
rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à ..... Le ..... Signature