

Fiche Sanitaire Mineur

L'ENFANT

NOM..... Prénom
Date de naissance

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM..... Prénom
Adresse.....
Téléphone Mère..... Téléphone Père
Email.....

AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE

NOM..... Téléphone.....
NOM..... Téléphone.....

SECURITE SOCIALE

N° de Sécurité sociale
Régime d'affiliation à préciser : Général MSA Autres
MEDECIN TRAITANT : NOM Téléphone

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 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.

DATE ET SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL