

Fiche Sanitaire Enfant

L'ENFANT

NOM.....Prénom
Date de naissance

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

NOM.....Prénom.....Téléphone.....
NOM.....Prénom.....Téléphone.....

SECURITE SOCIALE

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? 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).

ALLERGIE

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

Préciser.....
.....
.....

DIFFICULTES DE SANTE ET PRECAUTIONS A PRENDRE

Préciser.....
.....
.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES DE CONTACT, DES PROTHESES AUDITIVES - DENTAIRE OU AUTRES ?

Préciser.....
.....
.....

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

Préciser.....
.....
.....

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e)..... Représentant légal de l'enfant
certifie exacts les renseignements portés sur ce présent document et autorise le ou 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