



MINISTÈRE DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE,
DE L'ÉDUCATION
POPULAIRE ET DE
LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE

ENFANT :

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Garçon **File**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

Maladies

- Angine rougeole Coqueluche
 Rhumatisme Oreillons Otite
 Rubéole Scarlatine Varicelle

Allergies

- Alimentaires Asthme

- Médicamenteuses

Difficultés de santé

Recommandations utiles des parents

Repas spéciaux

- P A I
Sans porc
Autres _____

Nom du médecin traitant _____



Adresse : _____

VACCINATIONS

| VACCINS | Date des derniers rappels |
|----------------------------------|---------------------------|
| DIPHTERIE | |
| TETANOS | |
| POLIOMYELITE | |
| OU DT POLIO | |
| OU TETRACOQ | |
| B C G | |
| HEPATITE B | |
| RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE | |
| COQUELUCHE | |
| AUTRES (préciser) | |
| | |
| | |

Je soussigné (e)

Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :

Autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 6 ans) dans le cadre du périscolaire (avant et après l'école), du mercredi, de l'ACM des petites vacances scolaires ou de l'ACM de juillet.

ACM : Accueil Collectif de Mineurs

Oui Non