

# FICHE SANITAIRE

## Mercredis Récréatifs

\*Joindre **obligatoirement** la photocopie  
des vaccinations de l'enfant à jour.

### 1. État civil de l'enfant

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

PRENOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

### 2. Responsable de l'enfant

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

TEL DOM. : \_\_\_\_\_ PORT. : \_\_\_\_\_ TRAVAIL : \_\_\_\_\_

### 3. Renseignements médicaux

NON et TEL du MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| <b>Allergies Alimentaires</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br><b>Allergies médicamenteuses</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br><b>Asthme</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>Diabète</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br><b>Épilepsie</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br><b>Autres :</b> _____ |
|---|---|

Préciser : \_\_\_\_\_

---

---

---

**L'enfant suit- il un traitement particulier ?** OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants.

Les médicaments doivent être dans leurs emballages d'origine avec leurs notices où le nom et prénom de l'enfant seront inscrits.

**ATTENTION :** aucun traitement médical ne pourra être administré sans ordonnance.

**Le trouble de santé implique t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ?** OUI  NON

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Autres difficultés et recommandations utiles (lunettes, prothèses ...) :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**L'enfant a t-il eu les maladies suivantes :**

|                   |                              |                              |                   |                              |                              |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Rubéole</b>    | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | <b>Rhumatisme</b> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Coqueluche</b> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | <b>Scarlatine</b> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Varicelle</b>  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | <b>Otite</b>      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Angine</b>     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | <b>Rougeole</b>   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Oreillons</b>  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |                   |                              |                              |

*Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare exact les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.*

A Pernant, le \_\_\_\_\_,

**Signature(s)**