

FICHE TELEPHONE & SANITAIRE 2024/2025

Nom de l'enfant : du parent si différent :

Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Responsable(s) de l'enfant :

M., Mme (*) :, Père, mère, tuteur (*)

Port. Tél. Travail :

Adresse :

E-mail (en majuscule) :

M., Mme (*) :, Père, mère, tuteur (*)

Port. Tél. Travail :

Adresse :

E-mail (en majuscule) :

En tant que représentant légal de l'enfant ci-dessus, j'autorise les personnes désignées ci-dessous à récupérer mon enfant en cas d'empêchement de ma part et décharge l'accueil loisirs de toutes responsabilités.

M., Mme (*) : Port. :

M., Mme (*) : Port. :

M., Mme (*) : Port. :

(*) rayer la mention inutile

VACCINATIONS (joindre une copie des pages du carnet de santé)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergies	oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :		

Cause

.....

.....

.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... Précisez

.....

.....

.....

Médecin de l'enfant

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date 20.....

Signature