

| | | |
|--|--|-----------------|
| FICHE SANITAIRE ANNÉE 2016-2017 | ENFANT | Age : |
| | NOM : Prénom : Date de naissance : | Fille Garçon |

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, possibilité de fournir une photocopie)

| Vaccin | Date du dernier rappel |
|----------|------------------------|
| DT Polio | |

Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

| | | | | | | |
|-------------|--------------|-----|-----|----------------|-----|-----|
| Allergies : | Asthme | oui | non | Médicamenteuse | oui | non |
| | Alimentaires | oui | non | Autres | oui | non |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles fournies des parents.

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

Commentaires :

PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE PENDANT LA JOURNÉE

Nom et Prénom :

Tel domicile :

Tel portable :

AUTORISATIONS

| | | |
|--|-----|-----|
| J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié | Oui | Non |
| A diffuser son image sur notre site internet | Oui | Non |
| A être maquillé | Oui | Non |

NOM & Prénom du responsable légal :

Date :