

FICHE SANITAIRE

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'ENFANT

1/ Indiquer si votre enfant à des difficultés de santé (maladie, accident, opérations, rééducation...) :

.....
.....

2/ Actuellement, l'enfant suit-il un traitement : OUI NON

Si oui, préciser :

3/ L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON

Si oui, préciser :

En cas de PAI, fournir obligatoirement une photocopie du document à la mairie

ALLERGIES

Alimentaire : OUI NON Préciser :

Asthme : OUI NON Préciser :

Médicamenteuse : OUI NON Préciser :

Autres : OUI NON Préciser :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ... :

.....
.....

A-t-il une notification de la MDPH : OUI NON

Autres informations qui vous semblent utile de nous communiquer :

.....
.....
.....

VACCINATIONS

RAPPEL :

► **Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018 :** les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'infection à *Haemophilus influenzae* b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires.

► **Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018 :** seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires.

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS OU UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION DU VACCIN DANS LE CAS OU L'ENFANT N'A PAS ÉTÉ IMMUNISÉ PAR LES VACCINS OBLIGATOIRES.

MALADIES

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

Varicelle : OUI NON

Rougeole : OUI NON

Angine : OUI NON

Coqueluche : OUI NON

Otite : OUI NON

Oreillons : OUI NON

Rubéole : OUI NON

Scarlatine : OUI NON

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacte les renseignements portés sur les fiches (renseignements et sanitaire) et autorise le directeur de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le/...../.....

SIGNATURE