



ACCUEIL DE LOISIRS DE SOLLIES-VILLE



ANNEE 2023-2024 Fiche individuelle et confidentielle, de renseignements sanitaires

Renseignements sanitaires concernant l'enfant :

NOM : PRENOM : Age : Sexe : M F
 Date de naissance : N° de sécurité sociale où est rattaché l'enfant :
 Nom prénom du père : N° de téléphone :
 Nom prénom de la mère : N° de téléphone :

VACCINATIONS

- J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination et joins la copie du carnet de vaccination
 J'atteste que mon enfant ne satisfait pas aux obligations de vaccination et joins le certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)
 ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance

MALADIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Scarlatine			Rubéole			Rhumatismes		
Varicelle			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Rougeole			Otite		

ALLERGIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Médicaments			Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie)		
Alimentaires			Autres					

Conduite à tenir :

CERTIFICAT MEDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le ou la jeune : *Il ou elle ne présente aucun signe contre-indiquant la pratique des activités sportives. Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse. Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. Il ou elle est apte à fréquenter un centre de loisirs collectif.*

Observations éventuelles

Cachet ou Nom, adresse du Médecin
 Date et signature :

INDIQUEZ CI APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE , ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REECATION, ...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE** :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) :

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

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (par ordre d'appel) :

Nom	Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

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

Date :

Signature :