



FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les informations médicales obligatoires pour l'admission d'un mineur dans un accueil relevant des articles L.227-4 et R.227-1 du code de l'action sociale et des familles (article R.227-7 du CASF et arrêté du 20/02/2003)

I- ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

GARCON FILLE

II – VACCINATIONS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de vaccination ou de dernier rappel	Contre-indication (joindre une attestation du médecin)
Diphtérie		<input type="checkbox"/>
Poliomyélite		<input type="checkbox"/>
Tétanos		

III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ici les antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales). Mentionnez les précautions à prendre en conséquence et les éventuelles contre-indications à la pratique de certaines activités physiques ou sportives.

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

Actuellement l'enfant suit-il un traitement : oui non

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre l'ordonnance aux médicaments (aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance datée et signée du médecin), qui seront remis dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation, nom et prénom de l'enfant inscrits sur l'emballage.

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? oui non
(Si oui, le communiquer à la directrice)

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement

IV – RESPONSALBE DE L'ENFANT

Père: NOM : Prénom :.....

Adresse :.....

Tel fixe :Domicile :bureau :

Adresse mail :

Mère: NOM : Prénom :.....

Adresse :.....

Tel fixe :Domicile :bureau :

Adresse mail :

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

Date :

Signature