



Centre Social Denentzat

29 rue Richelieu

64700 Hendaye

05.59.20.37.63

@ : centresocialdenentzat@gmail.com

FICHE SANITAIRE 2019/2020

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant et **joindre les photocopies du carnet de santé.**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles-oreillons-rougeole	
Poliomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq				Coqueluche Autres (préciser)	
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou au séjour de vacances ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondant (**Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Varicelle Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Angine Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Rhumatisme Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Scarlatine Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Coqueluche Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Otite Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Rougeole Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oreillons Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

ALLERGIES : Asthme oui non
Alimentaire oui non

Médicamenteuse oui non
Autres.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Voir au verso



P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : oui non
(Joindre le protocole et toute informations utiles)

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

Indiquez : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les précautions à prendre**.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignons Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre enfant..... Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

AUTORISATION DE SORTIE HOSPITALIERE

D'autre part, nous autorisons le responsable de l'activité ou le directeur référent à repartir de l'hôpital ou de la clinique avec l'enfant après autorisation de l'équipe médicale.

Oui Non

A..... le

Signature