



## Association Regart's

### FICHE SANITAIRE

Cette fiche doit impérativement être rempli par un des parents de l'enfant et être rendue à l'association dans le plus bref délai.

#### L'ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  M  F

#### VACCINS (se référer au livret de famille ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

- Certificat médical de contre indication obligatoire si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, aucune contre indication pour le vaccin antitétanique.
- Diphtérie – date de dernier rappel : \_\_\_\_\_
- Tétanos – date de dernier rappel : \_\_\_\_\_
- Poliomyélite ou  DT polio ou  Tétracoq – date de dernier rappel : \_\_\_\_\_
- BCG – date de dernier rappel : \_\_\_\_\_
- Rubéole – oreillons – rougeole – date : \_\_\_\_\_
- Coqueluche – date : \_\_\_\_\_
- Autres, précisez : \_\_\_\_\_

#### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

En aucun cas les membres de l'association seront autorisés à administrer des traitements, si votre enfant est malade, nous vous prions de lui laisser à la maison.

Médecin Traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

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

- Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatismes articulaire aigu  Scarlatine
- Coqueluche  Otite  Rougeole  Oreillons

#### ALLERGIES NON ALIMENTAIRES

Asthme  Médicamenteuse  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

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

RÉGIMES ET ALLERGIES ALIMENTAIRES

Régimes alimentaires (diététique, sans porc ...) Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

Allergies alimentaires :  Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

DIFFICULTÉS DE SANTE

Merci d'indiquer les maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations... En précisant les dates et les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses dentaires... précisez :

\_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Personne à contacter au cas vous n'êtes pas joignable :

\_\_\_\_\_

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

DATE \_\_\_\_\_ Signature :

Liste des personnes autorisées à venir chercher les enfants

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DE L'ASSOCIATION