



Bénése  
Marenne

## COMMUNE de BENESE MAREMNE

### Accueil de loisirs

#### FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les informations médicales obligatoires pour l'admission d'un mineur 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)

#### **1-ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

Date de naissance : \_\_\_\_\_

#### **2-PROFESSIONNEL DE SANTE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

#### **4- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Indiquez ici les antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladie, 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 pendant le séjour, joindre l'ordonnance aux médicaments (*aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance datée et signée du médecin et sans Projet d'Accueil Individualisé (PAI) signé par les parents, le Maire et les intervenants*), 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 a-t-il déjà eu les maladies infantiles suivantes ?

Rubéole : OUI  NON       Varicelle : OUI  NON

Scarlatine: OUI  NON       Coqueluche: OUI  NON

Rougeole: OUI  NON       Oreillons: OUI  NON

Allergies :

Asthme : OUI      NON      Médicamenteuse : OUI      NON

Alimentaires OUI      NON      Autres : \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

**5-Recommandations utiles des parents**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc...

---

---

---

---

---

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature :