



COMMUNE de BENESSE 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-Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse _____

Tel. : _____

3-Vaccination obligatoires

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

NB : depuis juillet 2007 la vaccination contre la tuberculose (BCG) n'est plus obligatoire.

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 suivantes ?

Rubéole : OUI NON Varicelle : OUI NON Angine: OUI NON

Scarlatine: OUI NON Otite: OUI NON Coqueluche: OUI NON

Rougeole: OUI NON Oreillons: OUI NON

Rhumatisme articulaire aigu: 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 :