



FICHE TELEPHONE & SANITAIRE 2017/2018

Nom de l'enfant : Du parent si différent :

Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Adresse :

Tél domicile : E-mail :

Tél travail père : Tél portable :

Tél travail mère : Tél portable :

En tant que représentant légal de l'enfant ci-dessus, j'autorise les personnes désignées ci-dessous à récupérer mon enfant en cas d'empêchement de ma part et décharge l'accueil loisirs de toutes responsabilités.

M., Mme : Téléphone:

M., Mme : Téléphone :

M., Mme : Téléphone :

VACCINATIONS (joindre une copie des pages du carnet de santé)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
oui non	oui non	oui non	oui non	



Allergies :

ASTHME	oui	non
MEDICAMENTEUSE	oui	non
ALIMENTAIRE	oui	non
Autres		

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

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

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

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

Recommandations utiles des parents

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

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

Responsable de l'enfant

Nom Prénom

Adresse

Tél. fixe Travail Portable

Nom et tél. du médecin traitant

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

Date 20..... Signature