

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

1- L'ENFANT:

Nom :
2- <u>LES INFORMATIONS MEDICALES</u> Les vaccinations à jour sont obligatoires. Merci de joindre impérativement les copies de carnet de santé de votre enfant ou un certificat médical datant de moins de 3 mois.
Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? ☐ Oui ☐ Non
Autres vaccinations (précisez SVP) :
L'enfant est-il allergique ?
• à un médicament \square OUI - \square NON si oui, lequel :
à un aliment* □ OUI - □ NON si oui, lequel :
à autre chose □ OUI - □ NON si oui, quoi :
Régime alimentaire
Régime sans viande : □ OUI - □ NON / Régime sans porc : □ OUI - □ NON
Autre régime :
*Seules les allergies alimentaires accompagnées d'un certificat médica
pourront être prises en compte. (Demandez le document spécifique d
l'enseignant)
L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires ?
L'enfant mouille-t-il son lit ? □ OUI - □ NON
Autres renseignements ou recommandations importantes : (sommeil, phobies,)
3 – LES MALADIES
Votre enfant est-il sujet à :
Angine: □ OUI - □ NON Asthme: □ OUI - □ NON Rhumatisme: □ OUI - □ NON

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes : □ OUI - □ NON \square OUI - \square NON □ OUI - □ NON Rubéole Oreillons Otite Varicelle □ OUI - □ NON Scarlatine ☐ OUI - ☐ NON Rougeole □ OUI - □ NON Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. Joindre obligatoirement l'ordonnance originale ainsi que les médicaments correspondants avec la notice. Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, etc...): Nom et coordonnées du médecin traitant : 4- RESPONSABLE DE L'ENFANT Nom : Prénom : Email:.... N° de sécurité sociale Centre payeur : L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ? ☐ OUI - ☐ NON (Si oui, veuillez joindre impérativement l'attestation). J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et individuelle corporelle accident 5 – DROIT A L'IMAGE Sauf refus de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association et de l'école. 6- ATTESTATION DE SEJOUR

Cochez la case ci-contre en cas de demande d'attestation de séjour (si votre comité d'entreprise, association...vous accorde un remboursement des frais de séjour).

Je soussigné, □ père □ mère □ tuteur, responsable légal du participant déclare : Avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de séjour, autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre, autoriser les responsables du séjour à prendre les dispositions nécessaires concernant la santé de mon enfant et en cas d'accident. Les frais médicaux, de transport, et d'hospitalisation seront à ma charge.

Date et signature :