

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE
Validité de septembre 2024 à août 2025

ATTENTION
1 fiche par enfant

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

ENFANT CONCERNÉ :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	GENRE
		___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

RESPONSABLES LEGAUX :

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE 1	TÉLÉPHONE 2

AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM-PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE 1	TÉLÉPHONE 2

MÉDECIN TRAITANT :

Nom : Prénom :
Numéro de téléphone :

VACCINATION : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite à jour : OUI

Date du dernier Rappel :

(Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIE SUIVANTES :

ANGINE OREILLONS SCARLARINE VARICELLE
 COQUELUCHE ROUGEOLE OTITE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

L'ENFANT PORTE-T-IL :

LENTILLES LUNETTES PROTHESES AUDITIVES APPAREIL DENTAIRE

Autre, précisez :



TRAITEMENT MEDICAL :

Votre enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Existence d'un PAI dans le milieu scolaire : Oui Non

(Si oui merci de nous en transmettre une copie)

La prise de médicaments n'est pas autorisée sans ordonnance d'un médecin.

Une trousse médicale ainsi qu'une ordonnance précisant la posologie et la marche à suivre en cas d'urgence doivent être fournies.

Les médicaments doivent être apportés dans leur emballage d'origine, avec la notice d'utilisation et votre accord écrit lors de la première venue.

ALLERGIES : Non Oui Précisez :

ASTHME : Non Oui Précisez :

SITUATION DE HANDICAP : Non Oui Précisez :

Notification MDPH : Non Oui

BAIGNADE :

Sait nager Sait nager avec des brassards Ne sait pas nager

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

.....

ASSURANCE :

Compagnie :

N° de contrat :

Pour les enfants, les parents doivent pouvoir justifier d'une assurance en responsabilité civile afin de couvrir les dommages dont l'enfant serait l'auteur ainsi qu'à une assurance individuelle accident garantissant les dommages corporels subis sans qu'aucune responsabilité n'ait pu être dérogée.

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant :
 , certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Centre de Loisirs Sportifs (CLS) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage à informer la direction du centre de loisirs sportifs de l'IMSAT de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Date et signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux) :