



ALSH Intercommunal d'Ornaisons
Loisirs en Corbières & en Minervois

FICHE SANITAIRE

Année Scolaire 2018/2019

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____
Prénom : _____ / Sexe : M F
Date de naissance : _____ Age : _____
Lieu de naissance : _____
N° C.A.F : _____ N°M.S.A: _____
N° Sécurité Sociale : _____
Compagnie d'Assurance Extra-scolaire : _____
N° d'adhérent : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e) Concubinage
 Séparé Veuf (ve) Célibataire

Père : Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Tél mobile : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél domicile : _____
E-mail : _____

Mère : Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Tél mobile : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél domicile : _____
E-mail : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et téléphone du médecin traitant : _____
Hospitalisation en cas d'accident : oui non Lieu d'hospitalisation: _____

VACCINS OBLIGATOIRES :

Diphtérie :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Tétanos :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Poliomyélite :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Ou DT Polio :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Ou Tétracoq :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____

VACCINS RECOMMANDES:

Hépatite B :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date: _____
Rubéole- Oreillons- Rougeole :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date: _____
Coqueluche :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date: _____
BCG :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date: _____

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	COQUELUCHE: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
VARICELLE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	OTITE: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ANGINE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SCARLATINE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	OREILLONS: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES

ASTHME : oui non MEDICAMENTEUSE: oui non
ALIMENTAIRE : oui non AUTRE: oui non
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler):

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...Précisez : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant
_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : _____ le _____ Signature : _____