

ANNEXE 3
MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE

Code de l'Action Sociale et des Familles

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE SCOLAIRE DE L'ENFANT POUR LE PERISCOLAIRE AINSI QUE L'ACCUEIL DE LOISIRS :

1. ENFANT

NOM ET PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

2. VACCINATIONS

MERCI DE FOURNIR LA PHOTOCOPIE DES VACCINS

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

L'enfant a-t-il un **PAI** ? Oui non

**Merci de nous fournir une copie*

L'enfant bénéficie-t-il d'une **AEEH** ? Oui non

**Merci de nous fournir une copie*

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui non

*Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) + **P.A.I***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Lieu préférentiel d'hospitalisation (sous réserve de l'avis médical émis par le SAMU)

Hôpital

Clinique

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**)

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

*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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

Date :

Signature :

