

FICHE SANITAIRE 2017/2018

Droit à l'image

Autorisation de rentrer seul

Copie carnet vaccins OUI NON OUI NON

NOM _____ PRENOM _____ AGE _____

ADRESSE _____

CODE/VILLE _____ REPRESENTANT LEGAL _____

TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

Renseignements médicaux concernant le mineur

Suit-il un traitement médical ?

OUI NON

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

A-t-il eu les allergies et maladies suivantes ?

Allergie alimentaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allergie médicamenteuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre allergie (animaux, plantes, pollen)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) _____

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

As-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommandations parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil ... _____

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés et autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état et selon les prescriptions du corps médical consulté.

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE 2017/2018

Droit à l'image

Autorisation de rentrer seul

Copie carnet vaccins OUI NON OUI NON

NOM _____ PRENOM _____ AGE _____

ADRESSE _____

CODE/VILLE _____ REPRESENTANT LEGAL _____

TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

Renseignements médicaux concernant le mineur

Suit-il un traitement médical ?

OUI NON

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

A-t-il eu les allergies et maladies suivantes ?

Allergie alimentaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allergie médicamenteuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre allergie (animaux, plantes, pollen)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) _____

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

As-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommandations parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil ... _____

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés et autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état et selon les prescriptions du corps médical consulté.

Signature du responsable légal