Vienne & Gartempe Communauté de communes

Accueil de loisirs Maison bleue

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

L'ENFANT

Nom_____Prénom_____
Date de naissance_____ ☐ Garçon ☐ Fille

VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE.

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ 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) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance détaillée.

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON
COQUELUCHE		**OTITE**		**OREILLONS**		**ROUGEOLE**			
☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON		

ALLERGIES	ASTHME	☐ OUI	☐ NON	MEDICAMENTEUSES	☐ OUI	☐ NON
	ALIMENTAIRES	☐ OUI	☐ NON	AUTRES		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Obligation de fournir la feuille de soins. L'accueil des enfants ne se fera qu'après accord du directeur et sur présentation d'un protocole mis en place par le médecin, l'allergologue ou le PAI.

INDIQUEZ CI-APRES

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

REGIMES ALIMENTAIRES*

☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Végétarien
*Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez

MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom _____ Tél _____
Adresse _____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez) _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse (pendant le séjour) _____

Tél _____ Portable _____ Bureau _____

Je soussigné, _____ responsable légal/ Autre (précisez): _____ 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.
Date : _____ Signature

AUTORISATIONS (piscine, sortie)

Je soussigné, Monsieur ou Madame _____
☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez) _____
Nom et prénom (de l'enfant) _____

☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon enfant à participer à l'activité piscine*.
☐ sais nager (fournir le brevet de 25 m) ☐ ne sais pas nager
☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon enfant à participer aux sorties organisées*.

Date : _____ Signature

* selon planning/période, sous réserve de modification

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances
Accueil de Loisirs La Maison Bleue
33 bis route de Lussac – 86300 VALDIVIENNE
Tél : 09.61.20.37.04 – lamaisonbleue@ccvg86.fr

Observations : _____