

# FICHE SANITAIRE

## A.L.S.H. de la Vallée de la Payre à Chomérac

A remplir pour chaque enfant, faire des copies ou venir en chercher en Mairie.

### L'enfant

Fille  Garçon

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age : ..... ans

### Vaccinations

Dates de vaccinations :

DT POLIO : .....  MONOVAX : .....  PRIORIX : .....

MONOTEST : .....  PENTACQ : .....  ENTAVAX : .....

ROR : .....  autres : .....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

### Maladies

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cochez la ou les case(s) correspondantes)

Rubéole  Varicelle  Scarlatine  Rhumatismes  Angine

Coqueluche  Otite  Asthme  Rougeole  Oreillons

### Allergies

ALIMENTAIRES OUI NON .....

MEDICAMENTEUSES OUI NON .....

ASTHME OUI NON.....

AUTRES (animaux, plantes, pollens) OUI NON .....

Préciser par écrit les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....  
.....

### Régime alimentaire

NORMAL  SANS POISSON  SANS PORC

SANS VIANDE  VEGETARIEN  VEGETALIEN

Autres : .....

**Difficultés de santé**

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

.....  
.....  
.....

**Recommandations**

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

.....  
.....  
.....

**Responsable de l'enfant**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

.....

**Médecin traitant**

Nom : .....

Ville : ..... N° téléphone : ...../...../...../...../.....

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.

Date : .....

Signature :