



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
ANNEE 2017

NOM : Prénoms :
Date de naissance: Age :
Sexe : M F
Adresse :

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTE DU JEUNE

*Handicap, Régime alimentaire, Allergie(s), Asthme, Énurésie, Encorésie... etc.
Préciser la nature ci-dessous ainsi que la conduite à tenir et les éventuelles contre-indications*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

| Vaccins obligatoires: <i>(si contre indications joindre l'attestation du médecin)</i> | Dernier rappel |
|---|----------------|
| DIPHTÉRIE | |
| TÉTANOS | |
| POLIOMYÉLITE | |
| OU DT POLIO | |
| OU TÉTRACOQ | |

Joindre copies carnet de santé

Maladies déjà contractées :

Rougeole : oui non
Varicelle : oui non
Oreillons : oui non

Rubéole : oui non
Scarlatine : oui non
Otite : oui non

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :

Votre enfant porte-t-il : des lunettes ? Oui non des prothèses auditives : Oui non
des prothèses dentaires : Oui non

Autres renseignements : (qu'il vous semble important de communiquer) :

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

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone :

Adresse :

PERSONNES À PRÉVENIR :**NOM, prénom du père-responsable légal- tuteur**

.....

Téléphone domicile :

Mobile :

Travail:

NOM, prénom de la mère- responsable légale- tutrice

.....

Téléphone domicile :

Mobile :

Travail:

NOM, prénom du responsable durant l'accueil (grands-parents, famille accueil)

.....

Préciser lien à l'enfant :

Téléphone domicile :

Mobile :

Travail:

EN CAS D'URGENCE, le centre 15 (SAMU) sera appelé. Un enfant accidenté ou malade est orienté vers l'hôpital le mieux adapté selon les modalités définies par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

EN CAS D'ACCIDENT SANS GRAVITE, nous nous efforçons de prévenir la famille par les moyens les plus rapides, vous pouvez préciser en plus de vos coordonnées citées ci-dessus les coordonnées de personnes à contacter :

Nom – Prénom : (préciser le lien)

N° de téléphone :

Nom – Prénom : (préciser le lien)

N° de téléphone :

RAPPEL

En cas de traitement médical, les médicaments doivent être remis directement au responsable de la structure, avec l'ordonnance du médecin.

Je(nous) soussigné(s),

responsable(s) de l'enfant

déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A :

Le :

Signature(s) et qualité(s) du(des) responsable(s)**Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**