

FICHE SANITAIRE (1 document par enfant)

Nom et Prénom Parent 1 : _____ N° de téléphone : _____

Nom et Prénom Parent 2 : _____ N° de téléphone : _____

Pour les collégiens et lycéens : Mail du jeune : _____

Tél personnel du jeune : _____

L'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Classe à la rentrée 2023/2024 : _____

Garçon Fille

Vaccination

Joindre impérativement une copie des vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

→ L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : Oui Non Préciser à quoi : _____

Allergies Médicamenteuses : Oui Non Préciser à quoi : _____

Autres allergies : Oui Non Préciser à quoi : _____

Asthme : Oui Non

Diabète : Oui Non

Epilepsie : Oui Non

Autres : Oui Non Préciser : _____

→ 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 au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament de pourra être administré sans ordonnance.**

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

→ L'enfant suit-il un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, préciser : _____

→ Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire : Oui Non

Si oui, fournir au dossier une copie du PAI.

→ L'enfant porte-t-il : des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez :

→ Natation : L'enfant sait-il nager ? Oui Non

→ J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre de l'accueil de loisirs : Oui Non

→ Nom et Téléphone du médecin traitant :

J'autorise mon enfant à :

→ Participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)

→ Participer aux sorties

→ Voyager en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif

J'autorise l'association organisatrice à :

→ Présenter mon/mes enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.
(Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels)

→ A photographier ou filmer mon/mes enfant(s) : Oui Non

(Les photos et vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication de l'association Familles Rurales de Rognes)

Je soussigné(e), _____ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature :



ASSOCIATION
DE ROGNES



santé
famille
retraite
services