

Direction Développement Éducatif

FICHE SANITAIRE

Direction Jeunesse

Nom :		Prénom :	
Né (e) le :		A :	
<input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> Masculin	
VACCINATIONS		OUI / NON	Date « Dernier Rappel »
DT Polio			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole – Oreillon - Rougeole			
Coqueluche			
Autre (préciser)			

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication explicatif.

Nom et N° tél du médecin traitant :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX concernant votre ENFANT

Poids de l'enfant :

Taille de l'enfant :

Projet d'accueil individualisé en cours (PAI)

oui

non

- Allergie alimentaire
- Allergie non alimentaire
- Traitements médicaux de longue durée
- Autres, merci de préciser :

RECOMMANDATION (s) UTILE (s) :

RESPONSABLE (s) de L'ENFANT

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

N° Tél (s) :

Responsable légal (e) déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'Espace Art et Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

Date :

Signature :