

## FICHE SANITAIRE

---

### ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### VACCINATIONS

L'enfant est-il à jour des vaccinations obligatoires (DT Polio, BCG, Tétanos) ?

oui non

Si non, joindre un certificat médical de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant est-il :

- asthmatique ?            oui non
- allergique ?            oui non

Si oui, à quoi ?

.....

S'il doit prendre des médicaments pendant Les Ateliens, indiquer lesquels et joindre une ordonnance médicale.

.....

.....

En cas de mal de tête, en vous attendant, nous autorisez-vous à donner du paracétamol à votre enfant ? Si oui, quelle dose ?

.....

.....

**INTERVENTIONS MÉDICALES**

Monsieur ou Madame .....,  
 responsable légal de l'enfant .....

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche

et

autorise, le cas échéant, le responsable présent des Ateliens

- à administrer le traitement médical suivi par mon enfant ;
- à appeler un médecin en cas d'urgence ;
- à faire procéder à une hospitalisation ;
- à autoriser une intervention chirurgicale ;

si ces mesures étaient rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Le : ..... / ..... / .....

Signature :

Téléphones des parents (en cas d'urgence) :

	Père	Mère
Domicile		
Travail		
Portable		

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....  
 .....