Nom, adresse et numéro de tél. du médecin traitant du jeune :

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé du jeune.

Date : ……/……/…….

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :

Fiche sanitaire

Date de l'inscription : ……/……/……

L'enfant ou le jeune

Nom et prénom :……

Âge :……

Date de naissance :……

○ Garçon

○ Fille

Vaccinations

Se référer au carnet de santé du jeune ou aux certificats de vaccination.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rougeole			
Polio				Oreillons			
				Rubéole			
				Coqueluche			
				Autres (précisez)			

Renseignements médicaux concernant le jeune

Problème de santé (Asthme, allergies, autre):	**Régime alimentaire :**

Attention !

En cas de problèmes de santé rencontrés par le jeune, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soin d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).

En dehors d'un PSUAC ou d'un PAI, l'administration d'un traitement médical est conditionné à une autorisation parentale écrite accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités. Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux…)

Merci de compléter la seconde page ☺