



Association Joie et soleil

FICHE SANITAIRE

NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance : _____

◆ VACCINATION

Joindre photocopie des vaccins (Voir carnet de santé de l'enfant).

◆ TRAITEMENTS EN COURS

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 marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

◆ ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

PRÉCISEZ AU DOS DE CETTE FEUILLE LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR / (si automédication le signaler)

NOM des Parents ou tuteur pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable)

.....

ADRESSE

TÉL. Domicile :..... Travail..... PORTABLE.....

Je soussigné (e),responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :