

FICHE MÉDICALE

Les informations indiquées sur ce formulaire sont strictement confidentielles

Nom : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone du médecin traitant :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Traitement médical en cours : OUI NON

Si oui, noms des médicaments (**joindre l'ordonnance et/ou le P.A.I.**) :

Allergies éventuelles :

Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autre (à préciser).....

Précautions à prendre et conduite à tenir :

Vaccinations : **obligatoire**, merci de nous fournir **les photocopies des pages vaccination du carnet de santé de votre enfant (attention ses nom et prénom doivent y être notés).**

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

Informations utiles

➔ Votre enfant porte des lunettes OUI NON

➔ Si votre enfant a des problèmes de santé, merci de nous préciser lesquels :

.....
.....
.....
.....
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom précédé de M. <u>ou</u> Mme <u>ou</u> Mlle	Lien avec l'enfant*	N° de téléphone

* Oncle, tante, grand-père, grand-mère, voisin(e), ami(e) de la famille...

Autorisation d'hospitalisation

POUVOIR :

Je soussigné(e) **agissant en qualité de**, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement et/ou le responsable de l'accueil de loisirs à donner en mon nom toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire, d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical du centre hospitalier le plus proche, à défaut celui choisi par les parents, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Fait à

Le : __ / __ / 20 __

Signature(s) du PÈRE - MÈRE - TUTEUR LÉGAL
(Rayer la mention inutile)
Précédée de la mention « bon pour accord »