Ville de Carrières-sur-Seine
ESPACE DE VIE SOCIALE

Document à retourner Obligatoirement

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 :

……

……

……

……

……

Espace de Vie Sociale • Animations de quartier
Bât. O1 Résidence des Alouettes – 78420 Carrières-sur-Seine
Téléphone : 01.39.57.78.50 / 06.75.37.44.24
Email : **animationsdequartier@carrieres-sur-seine.fr**

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom précédé de M. ou Mme ou 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 ou 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 »**