



ALSH Intercommunal d'Ornaisons  
Loisirs en Corbières & en Minervois

## FICHE SANITAIRE

Année Scolaire 2018/2019

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ / Sexe :  M  F  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
N° C.A.F : \_\_\_\_\_ N°M.S.A: \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_  
Compagnie d'Assurance Extra-scolaire : \_\_\_\_\_  
N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale :  Marié(e)  Divorcé(e)  Concubinage  
 Séparé  Veuf (ve)  Célibataire

**Père** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél domicile : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

**Mère** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél domicile : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Hospitalisation en cas d'accident :  oui  non Lieu d'hospitalisation: \_\_\_\_\_

### VACCINS OBLIGATOIRES :

Diphtérie :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel :	_____
Tétanos :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel :	_____
Poliomyélite :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel :	_____
Ou DT Polio :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel :	_____
Ou Tétracoq :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel :	_____

### VACCINS RECOMMANDES:

Hépatite B :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date:	_____
Rubéole- Oreillons- Rougeole :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date:	_____
Coqueluche :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date:	_____
BCG :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date:	_____

### L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	COQUELUCHE:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
VARICELLE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	OTITE:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ANGINE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
SCARLATINE :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	OREILLONS:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

### ALLERGIES

ASTHME :  oui  non MEDICAMENTEUSE:  oui  non  
ALIMENTAIRE :  oui  non AUTRE:  oui  non  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler):  
\_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un traitement médical?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Votre enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...Précisez : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_