

- DONNÉES SANITAIRES DE L'ENFANT

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par les services municipaux.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.*

POIDS : _____ **TAILLE :** _____

GROUPE SANGUIN (si vous le connaissez) _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

| | | |
|---------------------|---|--------------------------------|
| - BCG | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | date du dernier rappel : _____ |
| - DTP (ou Tétracoq) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | date du dernier rappel : _____ |
| - Coqueluche | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | date du dernier rappel : _____ |
| - ROR | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | date du dernier rappel : _____ |
| - Hépatite B | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | date du dernier rappel : _____ |
| - Autres (précisez) | _____ | _____ |

ALLERGIES

- MEDICAMENTEUSES oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) _____

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Commentaires éventuels :

Votre 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 administré sans ordonnance.

Votre enfant présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Vos recommandations utiles (port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...).

Médecin traitant : _____  _____

Je soussigné M./Mme _____, responsable légal de l'enfant _____

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et du fonctionnement de la structure et l'avoir accepté ;
- m'engage à rembourser les honoraires médicaux et autres frais avancés par l'organisateur en cas de soins engagés ;
- certifie avoir été informé des garanties souscrites par la Commune et avoir été informé de mon intérêt à contracter une assurance complémentaire.

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

Fait à Saint Armel, le _____