

# FICHE SANITAIRE

Centre de Loisirs

## Le Pont des Seignes Centre Socioculturel

Marie BAZIN (Coordinatrice Enfance Jeunesse) : alsh.direction@cspons.com ou 06 28 26 58 61



Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles lors de la présence de l'enfant au Centre de Loisirs du Pont des Seignes. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite si l'enfant ne fréquente plus de l'ALSH 1 an après sa dernière inscription.

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Date de naissance:...../...../..... Lieu de naissance : .....

Sexe : .....

Adresse : .....

Code Postale :..... Commune :.....

### I/ Responsable (s) de l'enfant :

NOM :..... Prénom .....

Numéro de téléphone : ..... - ..... - ..... - ..... - ..... Lien avec l'enfant : .....

NOM :..... Prénom .....

Numéro de téléphone : ..... - ..... - ..... - ..... - ..... Lien avec l'enfant : .....

### Médecin traitant :

NOM :..... Prénom .....

Numéro de téléphone : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### Informations :

#### L'enfant a-t-il des antécédents médicaux et chirurgicaux ?

Si oui, veuillez préciser : .....

.....

.....

.....

#### L'enfant porte-t-il :

Des lunettes : Oui  Non

Des lentilles de contact : Oui  Non

Des prothèses auditives : Oui  Non

Un appareil dentaire : Oui  Non

Autres, précisez : .....

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

- Rubéole : ..... Oui  Non
- Scarlatine : ..... Oui  Non
- Varicelle : ..... Oui  Non
- Otite : ..... Oui  Non
- Coqueluche : ..... Oui  Non
- Angine : ..... Oui  Non
- Oreillons : ..... Oui  Non
- Rougeole : ..... Oui  Non
- Rhumatisme articulaire aigü : ..... Oui  Non

**L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?**

Si oui, veuillez préciser : .....

**L'enfant a-t-il des allergies ?**

Si oui, veuillez préciser : .....  
.....  
.....

(Si elle est alimentaire, il faudra nous fournir un PAI du médecin)

**L'enfant a-t-il des difficultés de santé ?**

Si oui, veuillez préciser : .....  
.....  
.....(Si

il y a des soins particuliers à exercer pour la santé de l'enfant, il faudra nous fournir un PAI du médecin)

**L'enfant a-t-il le droit d'être hospitalisé et d'être transporté par les autorités compétentes en cas d'urgence ?**

Oui  Non

**L'enfant est elle réglée ?**

Oui  Non

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de la responsable de la structure.

Fait à .....

Date ...../...../.....

Signature :