

[F](https://aubonheurdesmarmots.ma/wp-content/uploads/2023/08/FICHE-SANITAIRE-2023-2024.pdf)FICHE-SANITAIRE - .

 **NOM : …………………………… PRENOM : …………………………**

 **Date de naissance : …/……/……..**

 **Sexe : M**[ ]  **F**[ ]

 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ALLERGIES : ALIMENTAIRES  |   |  [ ]  oui [ ] non  |
|  MEDICAMENTEUSES  |   |  [ ]  oui [ ] non  |

 AUTRES (animaux, pollen...) [ ]  oui [ ] non

 Précisez…………………………………………………………………………………………………

* Si votre enfant présente une allergie alimentaire/asthme ou autre, un Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) doit être signé.
* Si le PAI est en cours : veillez au renouvellement et à la transmission du nouveau document (reconduction PAI)
* Si le PAI est à mettre en place : transmettez, dans l’attente de la signature du PAI, un certificat médical.

L’enfant présente-t-il un problème de santé? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d’appareil dentaire ou auditif, comportement de l’enfant,

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

# REPAS

 Ne consomme pas de viande [ ]

 Ne consomme pas de poisson [ ]

 Autre………………………………………………………………

# RESPONSABLES DE L’ENFANT

NOM :………………… ……………… PRENOM : ………………………………

TEL DOMICILE …………………………………………

 TEL PORTABLE……………………………………….

TEL TRAVAIL ……………………………………………

 Nom et téléphone du médecin traitant : ……………………………………………………………

 Je soussigné(e)………………………………………… responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage à les réactualiser si nécessaire. J’autorise le responsable de l’accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l’état de santé de l’enfant.

Date ……………………………………… Signature