

FICHE SANITAIRE

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance : _____

❖ **VACCINATION** DT Polio : oui non

Date du dernier rappel : / /

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'adhérent).

❖ **TRAITEMENTS EN COURS**

Suivez-vous 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'adhérent avec la notice)*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

❖ **ALLERGIES :**

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

❖ **REGIME ALIMENTAIRE**

SPECIFIQUE oui non

SI **OUI** PRÉCISEZ

.....

NOM des parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable)

ADRESSE

TEL. Portable : (Domicile Travail)

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'adhérent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :