

## FICHE SANITAIRE 2020/2021 – confidentiel

|                     |  |                                   |
|---------------------|--|-----------------------------------|
| NOM :               | PRENOM :   | NUMERO DE TELEPHONE DES PARENTS : |
| DATE DE NAISSANCE : | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |                                   |

### 1 - VACCINATIONS

Joindre une photocopie du certificat de vaccination de l'enfant ou les pages de vaccination du carnet de santé.  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| Rubéole<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    | Varicelle<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Angine<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Rhumatisme<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     | Rougeole<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Oreillons<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |   |

**ALLERGIES :** Asthme  oui  non Médicamenteuse  oui  non  
Alimentaire  oui  non Autres.....

Précisez la cause de l'allergie **et la conduite à tenir** (si automédication le signaler)

.....

.....

Indiquez : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les précautions à prendre**.

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil ? Oui  Non   
Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondant (**Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Nom du médecin traitant : ..... Numéro de téléphone .....

### 3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....

.....

Je soussigné(e) M./Mme ....., responsable de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Villefontaine, le .....

Signature

Vos données sont collectées par la maison de quartier de St Bonnet de la ville de Villefontaine, dans le cadre d'une inscription et de la gestion des activités proposées aux jeunes et aux familles. Elles sont strictement destinées aux personnes habilitées dans le cadre d'une nécessité sanitaire. Elles sont conservées le temps de l'année de référence. Vous pouvez exercer vos droits sur vos données personnelles en contactant le délégué à la protection des données : dpo@mairie-villefontaine.fr ; Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr