



ASSOCIATION DE
DEVILLE - LAIFOUR



Accueil Collectif de Mineurs 2022

FICHE DE SANTE

A joindre à cette fiche : la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant

■ L'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

■ Le responsable légal :

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

■ Renseignements médicaux concernant l'enfant :

MEDECIN TRAITANT :

Nom : Commune :

Numéro de téléphone :

L'enfant a-t-il un **traitement médical** pendant l'A.C.M. ? 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 pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

ASTHME

OUI

NON

ALIMENTAIRES

OUI

NON

MÉDICAMENTEUSES

OUI

NON

AUTRES :

OUI

NON

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

.....
.....
.....

Indiquez les problématiques de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Précisez les recommandations utiles (l'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.?) :

.....
.....
.....

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

Date :

Signature du responsable légal :