

# Fiche sanitaire

## Renseignements concernant le jeune:

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe: Fille  Garçon

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_



## Renseignements concernant la famille:

Père: Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_  
N° de portable \_\_\_\_\_  
N° du travail \_\_\_\_\_

Mère: Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_  
N° de portable \_\_\_\_\_  
N° du travail \_\_\_\_\_

N° de ligne fixe de la maison \_\_\_\_\_

Adresse familiale (d'accueil) \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

N° à appeler d'urgence: \_\_\_\_\_



N° Allocataire \_\_\_\_\_ Quotien Familial \_\_\_\_\_



N° Allocataire \_\_\_\_\_ Quotien Familial \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Nom d'assurance: \_\_\_\_\_



L'enfant sait-il nager? OUI  Non



L'enfant peut-il repartir seul? Oui  Non

Les personnes autorisées à reprendre l'enfant:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Renseignements Médicaux:

Médecin de famille: \_\_\_\_\_

Numéro: \_\_\_\_\_



Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes?

Coqueluche  Angine  Varicelle  Rubéole  Scarlatine  
 Oreillons  Rougeole  Otite  Asmthe  Rhumatismes

Le jeune a-t-il eu d'autres difficultés de santé?

oui  Non

Lesquelles et précisez la date: (opérations, maladie...)

Le jeune fait-il des allergies?

oui  Non

Précisez: \_\_\_\_\_

Le jeune suit-il actuellement un traitement:

oui  Non

Précisez: \_\_\_\_\_

Avez-vous des recommandation particulières?

oui  Non

Lesquelles? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il une contrainte alimentaire (i les régimes particuliers, sans féculent, sans viande, sans porc...)?

oui  Non

Lesquelles? \_\_\_\_\_



## Autorisation du responsable légal

Je soussigné( e) : \_\_\_\_\_

Autorise  N'autorise pas

mon enfant à participer à toutes les activités de l'association des Francas

Si non précisez: \_\_\_\_\_

Autorise  N'autorise pas

A faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. Si une hospitalisation est nécessaire, j'autorise les représentants de l'association de Francas à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche.

Autorise  N'autorise pas

L'Association à utiliser les photos de mes enfants dans toutes ses publications

Si non précisez: \_\_\_\_\_

Vaccins dates des rappels

\_\_\_\_\_

A donchery  
Lu et approuvé  
Signature: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Photocopies des vaccins  
Carte Mutuelle  
Carte vitale/CMU  
Assurance extrascolaire

Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non