

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) _____

Mati: _____

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

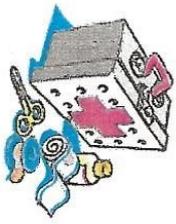
L'enfant peut-il repartir seul? OUI Non



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...)
 oui Non

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? _____

Le jeune a-t-il une contrainte alimentaire (les régimes particuliers, sans féculent, sans viande, sans porc...)?
 oui Non

Lesquelles? _____

Autorisation du responsable légal

Je soussigné(e): N'autorise pas

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

Si non précisez: _____

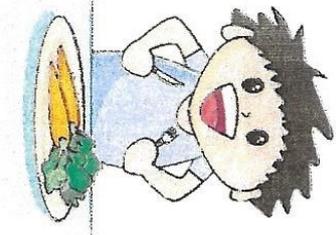
Autorise N'autorise pas

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

Photocopies des vaccins _____

Lu et approuvé _____

Signature: _____

Carte Mutuelle _____

Carte vitale/CMIU _____

Assurance extrascolaire _____

OUI Non

OUI Non

OUI Non

OUI Non