

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 Oui Non
Carte Mutuelle Oui Non
Carte vitale/CMU Oui Non
Assurance extrascolaire Oui Non