Fiche Santé Confidentielle

PLEURTUIT

Document à remettre au club

Nom de l'enfant : ..... **Prénom** : ..... **U** : .....

Vaccinations *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)*

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel
BCG			
DT Polio			
Autres vaccins	**Oui**	**Non**	**Date dernier rappel**
Hépatite B			
ROR			
Coqueluche			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Varicelle ☐ Rhumatisme articulaire aigu ☐ Angine ☐ Rougeole ☐

Oreillons ☐ Scarlatine ☐ Rubéole ☐ Coqueluche ☐

Allergies : Asthme ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses ☐ Autres ☐

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

.....

.....

.....

Indiquer ci-après les difficultés de *santé* *(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation)* en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents

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

.....

.....

.....

Je soussigné(e) père, mère, tuteur, tutrice.....

Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche et autorise le responsable du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures *(traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales)* rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

A , le Signatures