

Sports Pour Tous

FICHE SANITAIRE ENFANT ANNEE 2024/ 2025

Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Situation familiale des parents : Marié
Concubinage ou pacs séparé divorcé, veuf-ve
Mail des parents : Téléphone des parents :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :
Allergies médicamenteuses : oui non
Si oui lesquelles.....
Autres allergies (insectes, plantes, pollen...) : Oui Non
Si oui (préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs) :

Recommandations utiles des parents sur la situation de l'enfant (port de lunettes, de prothèses auditives ou dentaires, souhait d'un repas sans porc....) à préciser :-----

Vaccins à jour : oui non (joindre un certificat de contre-indication vaccinale)

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom)
agissant en qualité de père mère tuteur ou tutrice de (nom et prénom de l'enfant)
..... né(e) le..... Autorise le personnel
à le (la) transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté ainsi que de lui donner, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état.

Présence d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).

Votre enfant a-t-il un PAI : Oui Non

Précisez la nature du PAI

Joindre une copie du PAI à la fiche sanitaire. **En cas d'allergie alimentaire** (fournir le panier repas de votre enfant, pour la restauration scolaire et le centre de loisirs).

Fait à

Signature