

**NOM - Prénom :**

**Date de naissance :**

Fiche sanitaire à remplir pour l'été 2020  
ou pour les camps 2020

### AUTORISATIONS

**Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant :**

Nom :	Prénom :	Téléphone :
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Nom :	Prénom :	Téléphone :

**Autorisation de rentrer seul :**

Mon enfant est autorisé à rentrer seul à la fin de l'accueil de Loisirs  Oui  Non

**Droit à l'Image :**

Je consens à autoriser, le service Education Enfance Jeunesse, à l'usage de l'image de mon enfant pour l'information ou la promotion des activités municipales  Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

- Une attestation d'Assurance Responsabilité civile
- Un justificatif de vaccinations

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Groupe Sanguin : .....

L'enfant suit-il un traitement médical  Oui  Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (en cas de séjour) – aucun médicament ne pourra être prescrit sans ordonnance.*

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes :

- |                                     |                                     |                                 |  |                                    |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RUBEOLE    | <input type="checkbox"/> VARICELLE  | <input type="checkbox"/> ANGINE | <input type="checkbox"/> RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ |                                    |
| <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OTITE  | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE                    | <input type="checkbox"/> OREILLONS |

**ALLERGIES**

- ASTHME  MEDICAMENTEUSE  ALIMENTAIRE  AUTRE : .....

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

.....  
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisations, opérations) en précisant les dates et les **précautions à prendre** : .....

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
.....

Régime alimentaire particulier .....

**INSCRIPTION ET AUTORISATION**

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins.*

Au Relecq-Kerhuon, le

Signature: