



FICHE D'INSCRIPTION (Page 1/2)

Club De Loisirs Léo Lagrange de Gazinet

Tel : 05 56 36 02 76
 Courriel : leo.lagrange.gazinet@wanadoo.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON SEJOURS, SORTIES, ALSH

MERCI DE REMPLIR SCRUPULEUSEMENT CETTE FICHE.
 LES INFORMATIONS QU'ELLE CONTIENT SONT DESTINEES
 UNIQUEMENT AU CLUB ET, LE CAS ECHEANT, AUX SERVICES
 MEDICAUX.
 TOUTE MODIFICATION DEVRA ETRE SIGNALEE PAR MAIL
 A : leo.lagrange.gazinet@wanadoo.fr

ENFANT
NOM :
PRENOM :
NE(E) LE :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (cochez la réponse)

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

(Si oui, merci de préciser dans informations utiles (ci-dessous) et joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ou PAI durant les activités.**

VACCINS DTP : Fournir la copie du carnet de santé ou un certificat médical pour justifier que l'enfant est à jour du DTP

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	DATE DU PROCHAIN RAPPEL
DTP (DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS)				

ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	ASTHME	AUTRES
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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

**INFORMATIONS UTILES ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES - DIFFICULTÉS DE SANTÉ
 ET PAI A FOURNIR SI NECESSAIRE**
 (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, TRAITEMENT, ETC...

REMARQUES, OBSERVATIONS OU INFORMATIONS POUVANT ÊTRE UTILE À L'ÉQUIPE D'ANIMATION.
 Vous pouvez également joindre l'équipe du Club par téléphone pour toute situation particulière.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je, soussigné,, responsable légal de l'enfant
, déclare exacts les renseignements portés
 sur cette fiche et autorise les responsables du Club à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement
 médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

