

Je m'appelle :

Je suis né(e) le

CENTRE ADOS : FICHE SANITAIRE

Renseignements médicaux

Vaccinations à jour (joindre la copie du carnet de vaccinations)

Traitement médical

Pour plus de lisibilité des informations, merci de joindre une copie de l'ordonnance ré-écrite à la main par les parents ainsi que les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine mentionnant les nom et prénom de l'enfant

Détails :

Allergies

Alimentaires : _____

Médicamenteuses : _____

Difficultés spécifiques (ex : asthme...) : _____

Autres : _____

Conduite à tenir :

Renseignements alimentaires

Pas de viande

Pas de porc

Régime alimentaire spécifique (précisez) : _____

Renseignements complémentaires

Port de lunettes

Port de lentilles

Port de prothèse(s) auditive(s)

Autre (précisez) : _____

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

Signature :

