

1. ENFANT	RESPONSABLE(S)
Nom/Prénom : Date de naissance : / / Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	Responsables légaux de l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur N° de sécurité sociale : <input type="text"/>

2. VACCINATIONS (Joindre photocopies du carnet de vaccination ou certificat de contre-indication aux vaccinations)

Vaccins obligatoire	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
DT polio				BCG			
DT polio + coqueluche				Hépatite B			
DTP+coqueluche+haemophilus				R.O.R.			

3. ALLERGIES

L'enfant est-il allergique à certains aliments ? Oui Non
 Lesquels ? :

L'enfant est-il allergique à certains médicaments ? Oui Non
 Lesquels ? :

Autre(s) allergie(s) :

L'enfant fait-il de l'asthme ? Oui Non / A l'effort ou allergique
 Présence d'un PAI (à fournir obligatoirement) : Oui Non
 Précisez :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non Lequel ? :

L'enfant a-t-il obtenu l'attestation de nage libre 25m (à fournir) : Oui Non
 Ce que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel encadrant :

4. COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

(Joindre le certificat médical d'aptitude à la pratique multi-sports en collectivité)

Nom : Adresse :
 Tél. fixe : Tél. portable :

En cas d'accident, je, soussigné(e), autorise l'équipe encadrante de l'Alsh à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et, le cas échéant, autorise le transport de l'enfant vers l'hôpital le plus proche.

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Date : / /

Signatures des parents ou tuteurs légaux :