



## FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  Masculin  Féminin Date de naissance : .....

Nom de l'établissement fréquenté : .....

### MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : .....

✉.....

☎.....

### DERNIERES VACCINATIONS

Dates des vaccins à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou un certificat médical attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour.

#### VACCINS OBLIGATOIRES :

DT Polio (Diphtérie – Tétanos – Polio) : .....

Coqueluche.....

Rougeole, Oreillons, Rubéole.....

Hépatite B.....

Pneumocoque.....

Méningocoque de type C.....

Haemophilus influenza de type B.....

#### VACCINS RECOMMANDES :

Derniers tests tuberculiques : .....

BCG :

Autres : .....

NB : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si votre enfant a un trouble de santé chronique ou est porteur d'un handicap, veuillez contacter le Pôle sanitaire au 02.35.19.61.61 ou au 02.35.19.60.68.

Antécédents particuliers (fractures, entorses, autres...) :  Oui  Non (précisez)

.....

.....

.....

Difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

Allergies alimentaires :  Oui  Non (précisez)

Allergies médicamenteuses :  Oui  Non (précisez)

Autres allergies : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire sur prescription médicale ?  Oui  Non (précisez)

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non (précisez)

NB : aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription (sauf cas exceptionnel)

**PRECAUTION A PRENDRE POUR CERTAINES ACTIVITES SPORTIVES**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire, des prothèses dentaires... ?

Oui  Non (précisez)

**ATTESTATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e) .....

Représentant            légal,            titulaire            de            l'autorité            parentale            de            l'enfant

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Concernant l'enfant inscrit en centre de loisirs, le représentant légal, titulaire de l'autorité parentale autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Les informations recueillies par la ville du Havre, via ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'accueil de votre enfant dans les activités proposées par la Ville. Elles peuvent être destinataires des données collectées, dans la limite de leurs attributions respectives. Conformément à la loi n°78-17 du 6/1/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement européen n°2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à la ville du Havre.

Fait à

, le

Signature