**FICHE DE RENSEIGNEMENT SANITAIRE OBLIGATOIRE**

|  |
| --- |
| **ENFANT** |
| NomPrénomDate de naissance |  | SexeLieu de naissance |  |
|  |  |
|  |
| **PARENT 1** | **PARENT 2** |
| NomPrénomTéléphone |  | NomPrénomTéléphone |  |
| **PERSONNE A JOINDRE EN CAS D’URGENCE** |
| NomPrénomAdresse |  | Téléphone 1Téléphone 2Nom et n° de l’assurance |  |

|  |
| --- |
| **Vaccination obligatoire** |
| DTP | Date du dernier rappel |  |

**Le cas échéant copie de la page du carnet de santé relative à cette vaccination ou attestation d’un médecin justifiant de sa contre-indication.**

|  |
| --- |
| **Renseignements médicaux concernant l’enfant** |
|  | **oui** | **non** | **précision** |
| Traitement médical en cours |  |  | **Si oui fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d’origine avec la notice et marquées au nom de l’enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.** |
| Allergie alimentaire |  |  |  |
| Allergie médicamenteuse |  |  |  |
| Autre allergie |  |  |  |
| Diabète |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Autres points à signaler |  |  |  |

J’autorise le personnel encadrant à utiliser les produits tels que les crèmes solaires, granulés homéopathiques d’Arnica, les crèmes pour les ecchymoses, les brûlures, en cas de nécessité.

 oui  non

J’autorise l’organisateur, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

 oui  non

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD). Vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.*

**Date Lu et approuvé***, signature*