



Association Centre aéré SARRAS-OZON  
18 avenue des Cévènes-07370 SARRAS  
centreaeresarrasozon@free.fr

### Fiche Sanitaire

#### Enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon  Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

#### Renseignements Médicaux\*

Maladie Votre enfant à t-il déjà eu :			Allergie		
Angine	OUI	NON	Alimentaires	OUI	NON
Rhumatisme articulaire	OUI	NON	Médicamenteuses	OUI	NON
Rubéole	OUI	NON	Asthme	OUI	NON
Otite	OUI	NON	Autre	OUI	NON
Oreillons	OUI	NON	Précision de l'allergie et de la conduite à tenir		
Varicelle	OUI	NON			
Scarlatine	OUI	NON			
Coqueluche	OUI	NON			
Rougeole	OUI	NON			

#### Régime alimentaire

Sans Viande	OUI	NON	Sans Porc	OUI	NON
Autre					

#### Recommandations/informations utiles

Lentilles, lunette, appareil dentaire,...

**\* MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE TOUS LES VACCINS DE L'ENFANT (Pensez à y mettre son nom et prénom dessus)**

Je soussigné ..... en qualité de ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du centre, l'accepte dans son intégralité et autorise le personnel encadrant de l'association Centre Aéré Sarras Ozon dans le cadre du centre de loisirs à prendre toute mesure qui s'imposerait en cas d'urgence pour mon enfant.

Le : .....

A : .....

Signature des représentants légaux suivis de la mention « **Lu et approuvé** » :