

Fiche de renseignements médicaux



Nom :
Prénom :
Sexe : M – F
Taille : Poids :
Date de naissance : ... / ... /

PHOTO



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA VIE COLLECTIVE

Je, soussigné,
certifie avoir examiné ce jour le/la jeune :
et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer les activités physiques
et sportives prévues dans le cadre du centre de loisirs de
Soyons.

Date : Signature :

Cachet du médecin

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant :

N° d'assuré social :
N° d'allocataire CAF/MSA(1) :

Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?

Oui Non si oui, adresse :

N° adhérent ou de police :
Couverture Maladie Universelle (CMU) : Oui Non Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation à jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies déjà contractées :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :

Existe-t-il des contre-indications pour des activités :

Oui Non Si oui, préciser :

A-t-il des problèmes :

d'asthme ? Oui Non
de scoliose ? Oui Non
d'incontinence ? Oui Non
d'allergie ? Oui Non
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Votre enfant est-elle réglée ? Oui Non

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les

Donnez la référence des verres :

Œil droit :

Œil gauche :

Vaccinations

Joindre impérativement la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou un certificat médical attestation de la vaccination à jour de l'enfant

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?

Oui Non
Si oui, précisez lequel :

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical :

Oui Non
Si oui, joindre **une copie de l'ordonnance** et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine