

bafa  
bafd

PRES DE  
CHEZ TOI !

AF 59/62

AVEC LES  
FOYERS  
RURAUX  
HAUTS  
de France

# FICHE SANITAIRE

NOM DU STAGIAIRE : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE :  M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20/02/03 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs) :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE

Votre enfant suis-il un traitement médical pendant le séjour ?  OUI  NON

Si oui, joindre **une ordonnance récente** et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du stagiaire avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES  OUI  NON

AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  OUI  NON

Précisez : .....

Si oui, joindre **un certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le stagiaire a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui lequel ?

.....

Le stagiaire présente-t-il un problème de santé ?

Si oui, précisez : .....

.....

.....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

.....

.....

.....

# RESPONSABLES DU STAGIAIRE

**RESPONSABLE N°1 :**

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**TEL TRAVAIL :** .....

**RESPONSABLE N°2 :**

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**TEL TRAVAIL :** .....

**NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :** .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du stagiaire, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de la formation à prendre, le cas échéant, toute les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du stagiaire.

**Date :** .....

**Signature :**