



FICHE SANITAIRE

LE STAGIAIRE

NOM :

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 :