

**FICHE SANITAIRE**  
**L'Arbre à fil**  
**saison 2024 /2025**

- COURS ANAÏS (13h30 – 15h00)**                       **COURS AURÉLIE (15h30 – 17h00)**  
 **COURS ADULTES (16/18 ans) (20h-22h)**

**Nom et prénom de l'enfant**.....

Sexe    F    M

Adresse.....  
.....  
.....

Date de naissance.....                      Âge.....

Classe.....

**Responsable de l'enfant à prévenir en cas d'urgence en priorité :**

Nom.....

Prénom.....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

| <b><u>Coordonnées</u></b>        | <b>Responsable légal 1</b> | <b>Responsable légal 2</b> | <b>Responsable légal 3</b> |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>lien de parenté :</b>         | .....                      | .....                      | .....                      |
| Nom-Prénom :                     | .....                      | .....                      | .....                      |
| Adresse (si différ. de l'enfant) | .....                      | .....                      | .....                      |
|                                  | .....                      | .....                      | .....                      |
| Téléphone fixe                   | .....                      | .....                      | .....                      |
| Téléphone portable               | .....                      | .....                      | .....                      |
| Téléphone professionnel          | .....                      | .....                      | .....                      |
| Mail                             | .....                      | .....                      | .....                      |

**Situation familiale :**    mariés       séparés/divorcés (merci d'indiquer qui a la garde des enfants) :

.....

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant après le cours de théâtre :**

| Nom-Prénom | Téléphone | Lien avec l'enfant |
|------------|-----------|--------------------|
| .....      | .....     | .....              |
| .....      | .....     | .....              |

**Remplir le verso SVP (nécessaire en cas d'hospitalisation)**

Nom et Prénom de l'enfant.....

### 1 – VACCINATIONS (merci de remplir la partie ci-dessous au lieu de fournir des photocopies)

| Vaccination obligatoire                                                | Dernier rappel le | Autres vaccins                                                        | Dernier rappel le |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    |                   | Tuberculose <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      |                   | Hépatite B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |                   |
| Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   | R.O.R. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      |                   |

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t-il un dossier MDA ?  oui  non Si oui, merci de préciser les raisons

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu déjà les maladies suivantes :

|                                                                      |                                                                      |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    | Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                       |
| Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non     | Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                   |
| Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

L'enfant a-t-il ?

un régime particulier.....  une allergie alimentaire.....  
 une allergie médicamenteuse.....  autre allergie.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

### 3 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS / RESPONSABLES LÉGAUX

L'enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... (précisez) ?

### 4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e).....

responsable de (nom, prénom).....

de prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

autorise  n'autorise pas mon enfant ..... à rentrer seul(e) le soir après le cours de théâtre.

autorise  n'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités de L'Arbre à fil

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :  
.....

Signature :