



Centre COULEUR NATURE – FOL26
 95 route des forêts – La Jarjatte
 26620 LUS LA CROIX HAUTE
 Tél : 04.92.58.50.49
 Mail : lus.couleur.nature@fol26.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remplir une seule fois pour l'année 2025

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

NOM :

Prénom :

Sexe : M / F

Date de naissance :/...../.....

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

.....

N° d'assuré social :

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

NOM du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Existe-t-il des contre-indications pour les activités ? Oui Non

Si oui précisez :

.....

Votre enfant est-il allergique ? Oui Non

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

.....

.....

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tetracoq					
BCG					

A : Le : Signature :