FICHE SANITAIRE 2018-2019

☐ RESTAURATION SCOLAIRE
☐ ACCUEIL DU MATIN ET DU SOIR
☐ ACCUEILS DE LOISIRS
☐ SPOT'ADOS

Cette fiche est à remplir par le représentant légal de l'enfant.
Elle est valable pour l'année scolaire en cours et suit l'enfant sur les différentes structures.

1 - Enfant

NOM : _____ Prénom :_____ M ☐ F ☐

Date de naissance : _____ Lieu : _____

École fréquentée :_____ Classe (niveau) : _____

2 - Représentants Légaux

MÈRE :

NOM, Prénom : _____ ADRESSE :_____

Tél. Portable :_____ Tél. travail : _____ Tél. domicile : _____

PÈRE :

NOM, Prénom : _____ ADRESSE :_____

Tél. Portable :_____ Tél. travail : _____ Tél. domicile : _____

3 – Autres personnes à contacter en cas d'urgence

NOM, Prénom : .....

Lien de parenté :..... Tél :.....

NOM, Prénom : .....

Lien de parenté :..... Tél :.....

4 - Autres personnes habilitées à prendre l'enfant en charge (en dehors des parents)

NOM, Prénom : .....

Lien de parenté :..... Tél :.....

NOM, Prénom : .....

Lien de parenté :..... Tél :.....

NOM, Prénom : .....

Lien de parenté :..... Tél :.....

En cours d'année scolaire, si d'autres personnes que celles listées ci-dessus sont susceptibles de venir chercher l'enfant, un courrier d'autorisation rédigé et signé par le responsable légal est à remettre au Directeur de la structure.

EN CAS D'ACCIDENT : Autorisez-vous les services municipaux à prendre les mesures d'urgence pour votre enfant cité ci-dessus oui ☐ non ☐

ASSURANCES : Votre enfant est-il assuré pour : - Responsabilité Civile ..... oui ☐ non ☐
- Individuelle Accident..... oui ☐ non ☐
- Les temps péri et extrascolaires..... oui ☐ non ☐

Les parents sont tenus responsables des dommages causés par leurs enfants mineurs, placés sous leur autorité parentale.

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code De l'action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : .....
PRÉNOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....
GARÇON ☐ FILLE ☐

A – <u>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT</u>

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐
Si oui, pour quelle pathologie ? .....

⚠ 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

L'enfant est-il porteur de handicap ? oui ☐ non ☐

Si **oui** lequel ? .....

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui ☐ non ☐

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ASTHME oui ☐ non ☐ AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR : .....

.....

.....

⚠ Pour les enfants présentant un problème de santé ou une allergie (notamment alimentaire avec suivi par un allergologue), les familles doivent obligatoirement prendre contact avec le(a) Directeur (trice) d'école afin d'établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Celui-ci est établi en lien avec la Ville.

B – <u>VACCINATIONS</u> (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Rubéole Oreillons Rougeole	
Ou DT polio		Coqueluche	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Cocher les cases et noter les dates **et** joindre la photocopie des vaccinations

⚠ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

C – <u>L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?</u>

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

D – <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET AUTRES PARTICULARITES/REMARQUES</u>
PORT DE LENTILLES, DE LUNETTES, DE PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, PORT DE DIABOLOS ETC .....

.....

MENU de substitution : oui ☐ non ☐

Signature :