

FICHE SANITAIRE 2019-2020

- 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.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON


1 – ENFANT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

A – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 MÉDICAMENTEUSES 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 – VACCINATIONS (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 – L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

D – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET AUTRES PARTICULARITES/REMARQUES

PORT DE LENTILLES, DE LUNETTES, DE PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, PORT DE DIABOLOS ETC

.....

.....

MENU de substitution : oui non

Signature :