

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

ANNEE SCOLAIRE 2022/2023



Une fiche par enfant.

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom / Prénom :

Date et lieu de naissance : / / à

Sexe : M F

Age :







Ecole :

Classe :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant :

Téléphone :

-  Allergie(s) alimentaire(s) : non oui, précisez :
-  Allergie(s) médicamenteuse(s) : non oui, précisez :
-  Allergie(s) autre(s) : non oui, précisez :
-  Contre-indication médicale : non oui, précisez :
-  Régime Alimentaire : sans viande non oui / régime sans porc : non oui / autre :
-  L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives et ou dentaires. non oui
Préciser :

Observations :

L'enfant est-il soumis à la signature d'un PAI (Projet d'accueil Individualisé) ? Non Oui

Si oui, merci de nous joindre une copie de son PAI ainsi qu'une ordonnance récente et une trousse destinée à rester au centre avec le nom et prénom de l'enfant comprenant les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine).

Rappel : aucun médicament ne pourra être pris et donné sans ordonnance. (Voir règlement intérieur).



Pour les enfants nés à partir de janvier 2018, les 11 vaccins sont obligatoires en collectivité.

Si l'enfant ne les a pas reçus, il ne pourra pas être accepté en accueil périscolaire et de loisirs.

N'hésitez pas à fournir les photocopies du carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				BCG	
OU Tétracoque				Méningocoque de sérogroupe C	
Pneumocoque				Autres (à préciser)	
Haemophilus influenzae de type B					

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
<i>Rubéole</i>			<i>Varicelle</i>			<i>Angine</i>		
<i>Rhumatisme Articulaire Aigu</i>			<i>Scarlatine</i>			<i>Coqueluche</i>		
<i>Otite</i>			<i>Rougeole</i>			<i>Oreillons</i>		

AUTRE(S) CONTACT(S) AUTORISE(S) OU A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

	CONTACT 1	CONTACT 2	CONTACT 3
NOM			
PRENOM			
TELEPHONE FIXE			
TELEPHONE PORT.			
LIEN DE PARENTE			

AUTORISATION MEDICALE

Je, soussigné(e), _____

Père / Mère, responsable légal de l'enfant : _____

Autorise le responsable de la structure ou l'équipe d'animation de l'accueil périscolaire et de loisirs de LA PLANCHE à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant, le lieu d'hospitalisation d'urgence étant décidé par les structures d'urgence (SAMU, pompiers...).

DECLARATION SUR L'HONNEUR

A remplir et à signer obligatoirement

Je soussigné(e) _____ certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche sanitaire. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et du règlement de l'ALSH et de l'APS pour lesquels je demande l'inscription de mon enfant.

DATE

SIGNATURE