

FICHE SANITAIRE
ECOLE - ACCUEILS PERISCOLAIRES - ACCUEILS DE LOISIRS

Validité de septembre 20..... à août 20.....

ENFANT

NOM – Prénom : Date de naissance : jj/mm/aaaa Sexe : F G
Etablissement scolaire fréquenté L'enfant déjeune-t-il à l'école ? OUI NON

Nom et adresse des responsables légaux :

1. Tél. Fixe : Port.....

2. Tél. Fixe : Port.....

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MEDECIN TRAITANT : Nom, Prénom : Tél. :

AUTRES PERSONNES :

	Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. Fixe	Tél. Port
1				
2				

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite à jour : OUI Date du dernier rappel :

VACCINS RECOMMANDES : Hépatite B : date : ROR : date : Coqueluche : date :

AUTRES : Préciser :

Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.

Toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la médecine scolaire ou de la P.M.I. ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche Rougeole Rubéole
Otite Rhumatisme articulaire aigu

PORT DE : lentilles / lunettes / prothèses auditives / prothèses dentaires / autre, préciser :

Dispositions particulières pour les Accueils de Loisirs : Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de centre avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation : **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI Préciser :

ASTHME : OUI **AUTRE DIFFICULTE DE SANTE** : OUI Préciser :

Si réponse positive : Se rapprocher de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la P.M.I. (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

P.A.I. EXISTANT : OUI ➔ Fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés sur l'école ainsi qu'au directeur de l'accueil de loisirs le cas échéant.

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI Préciser le médicament :

ASSURANCES

NOM DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE : N° de sécurité sociale :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Compagnie : N°

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de l'Enseignement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Signature(s)