



FICHE SANITAIRE
ALAE Jean de La Fontaine
ANNÉE SCOLAIRE 2020 - 2021

Nom : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : __/__/____ Sexe : M F
 Lieu de naissance : _____ Département : _____
 Pays : _____
 École :
 Classe : Nom de l'enseignant :

VACCINATIONS

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

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

L'enfant suit-il un traitement médical ? NON OUI (joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants - boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**)

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

<input type="checkbox"/> ANGINE	<input type="checkbox"/> ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OTITE
<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> RUBÉOLE	<input type="checkbox"/> VARICELLE
<input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> SCARLATINE	<input type="checkbox"/> AUTRES :

L'enfant est-il allergique ?

NON OUI (préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir - si automédication, le préciser)

L'enfant est-il asthmatique ?

NON OUI (préciser s'il s'agit d'un asthme à l'effort ou allergique - s'il y a un traitement de fond)

L'enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ?

NON OUI (préciser le nom du médicament et les symptômes en cas d'ingestion)

L'enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. ?

NON OUI (préciser et prévoir une boîte de rangement au besoin)

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, énurésie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) NON OUI (préciser les dates et les précautions à prendre)

L'enfant a-t-il recours à l'aide d'un(e) AVS en milieu scolaire ? NON OUI

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? NON OUI (prendre RDV avec la direction de l'ALAE)

Nom du MEDECIN TRAITANT :

Téléphone :

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Les parents de l'enfant sont-ils ?

Marié(s) / PACSÉ(S) Divorcé(s)/Séparé(s) Célibataire Union libre Veuf (veuve)

En cas de garde alternée avec partage des frais, chaque parent devra remplir un dossier d'inscription.

Représentant légal 1 (à contacter en priorité)

Nom : Prénom :

Profession : Entreprise :

☎ personnel : ☎ professionnel :

@ mail :

Adresse :

Code postal : Ville :

Représentant légal 2

Nom : Prénom :

Profession : Entreprise :

☎ personnel : ☎ professionnel :

@ mail :

Adresse :

Code postal : Ville :

AUTORISATION DE SORTIE

L'enfant est autorisé à partir seul de l'ALAE ?

NON OUI (la mairie ainsi que le personnel de l'ALAE sont dégagés de toute responsabilité)

Les personnes ci-dessous mentionnées sont autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : Prénom :

☎ : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

☎ : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

☎ : Lien avec l'enfant :

AUTORISATION PARENTALE

Le personnel de l'ALAE et/ou le personnel communal est autorisé à photographier ou filmer l'enfant. Ces prises de vue pourront être utilisées uniquement dans les actions de communication de la mairie (site Internet, page Facebook, journal communal)

NON OUI