

FICHE SANITAIRE

ECOLE - ACCUEILS PERISCOLAIRES - ACCUEILS DE LOISIRS

Validité de SEPTEMBRE 2015 à AOÛT 2016

ENFANT

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Nom et adresse des responsables légaux :

1.

Tél. Fixe: Port:

2.

Tél. Fixe: Port:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite à jour : OUI NON

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

Toute vaccination 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..

MALADIES:

Angine	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>		

PORT DE :

lentilles lunettes
 prothèses : auditives dentaires
 autre

Dispositions particulières pour les Accueils de Loisirs :

Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'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 et l'accord des responsables légaux.

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MEDECIN TRAITANT :

Nom, Prénom :

Adresse :

Tél. Fixe: Port:

AUTRES PERSONNES :

Nom, Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél. Fixe: Port:

Nom, Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél. Fixe: Port:

SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES et/ou TROUBLES ALIMENTAIRES :

Préciser : OUI NON

ASTHME : OUI NON

AUTRE DIFFICULTE DE SANTE : OUI NON

Préciser :

Si réponse positive :

Ecoles : se rapprocher du directeur de l'école, et de la médecine scolaire ou de la P.M.I., pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

Accueils de Loisirs : fournir au directeur du centre une copie du P.A.I. avec le protocole d'urgence et la trousse médicale.

P.A.I. EXISTANT : OUI NON

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI NON

Préciser le médicament:

COUVERTURE SOCIALE - ASSURANCE

N° DE SECURITE SOCIALE :

Centre payeur : C.P.A.M. M.S.A.

autre

Bénéficiaire de la C.M.U. OUI NON

Joindre la photocopie de l'attestation

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 pour l'état de l'enfant.

Date

Signature(s)