

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Maternelle  Elémentaire

	POUR L'ENFANT
<b>FICHE SANITAIRE</b>	NOM : _____
<b>ET</b>	PRÉNOM : _____
<b>DE LIAISON</b>	DATE DE NAISSANCE : _____
	FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/>
	VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE : _____
	N° du CONTRAT D'ASSURANCE : _____
	FRATRIE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> . Si oui, combien de frères et sœurs ? : _____

### 1- RESPONSABLES DE L'ENFANT

	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
<b>NOM ET PRENOM</b>		
PORTABLE		
TRAVAIL		
DOMICILE		
ADRESSE MAIL		
ADRESSE POSTALE		

Situation familiale : Marié(e) , Pacsé(e) , Veuf/ve , Vie Maritale , Séparé(e) , Divorcé(e) , Célibataire .

En cas de divorce, merci de joindre le jugement avec le dossier périscolaire.

### 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

**VACCIN OBLIGATOIRE : DT POLIO** → Date du dernier RAPPEL \_\_\_\_\_

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.

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif : Votre enfant a-t-il déjà eu des maladies (ex : rubéole, varicelle, coqueluche...) ? OUI  NON

Si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :** \_\_\_\_\_

**PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)** mis en place oui  non

*Rappel : un PAI doit être établi par le médecin scolaire dans le cas de pathologies chroniques, intolérances alimentaires et/ou allergies) car cela peut nécessiter des aménagements. Si un PAI avait déjà été établi l'année dernière, pensez à le renouveler.*

#### **PRECISIONS SUR LA SANTE DE L'ENFANT :**

Merci de nous indiquer ci-dessous les difficultés de santé et conduite à tenir pour votre enfant, ainsi que les recommandations que vous jugez utiles au bien-être de votre enfant (maladie, enfant porteur de handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.) suivi /prise en charge auprès d'un professionnel de santé (orthophoniste, psychomotricien, psychologue, ...)

\_\_\_\_\_

### 4- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL : DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou UN APPAREIL DENTAIRE : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : crème solaire...) : \_\_\_\_\_

- 1- Atteste avoir pris connaissance des diverses modalités concernant les activités péri et extrascolaires organisées par la Direction des Sports et de l'Education ainsi que des documents téléchargeables/remis (autorisations, tarifs, règlement intérieur, calendrier d'inscriptions) avec le dossier périscolaire 2020-2021.
- 2- Certifie que mon enfant est couvert en responsabilité civile au cas où il occasionnerait un dommage aux personnes et aux biens.

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :