

# SERVICES PERISCOLAIRES

## Fiche sanitaire 2021 - 2022

### L'ENFANT :

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Sexe : M  F

### 1- SANTE :

#### Autorisation d'intervention médicale :

→ Lieu d'hospitalisation souhaité : .....

→ Médecin traitant (nom + tél.) : .....

Enfant en situation de handicap : OUI  NON

#### Type de repas :

→ Allergies nécessitant l'apport d'un panier repas par les parents (fournir le PAI dès réception) OUI  NON

→ Régime spécifique : Sans porc  Végétarien

#### Personnes à prévenir en cas d'accident :

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

### 2- ASSURANCES :

Coordonnées complètes de l'assurance : .....

N° de contrat : .....

N° de sécurité social dont dépend l'enfant : .....

### 3- VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires	Date dernier rappel	Vaccins	Date dernier rappel
Diphthérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
<b>Ou</b> DT Polio		ROR (Rubéole - Oreillons - Rougeole)	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Fournir une photocopie du carnet de vaccination

#### 4- MALADIES INFANTILES :

Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rubéole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres (préciser)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

#### 5- ALLERGIES : Dans le cadre d'un PAI

Nom et prénom	Préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir
Alimentaire	
Médicamenteuse	
Respiratoire (asthme)	
Autres (préciser)	

→ L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans le cadre du PAI (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.****

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable du site à prendre, le cas échéant, toute mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Fournir avec cette fiche :**

Photocopie du carnet de vaccination  
Documents médicaux si nécessaire

**Date :**

**Signature :**