

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
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
Ou DT Polio		ROR (Rubéole - Oreillons - Rougeole)	
Ou 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 :