

FICHE SANITAIRE 2018-2019

Ce document sera transmis aux équipes d'animation sur site. Il permet de délivrer aux animateurs les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Ecole :

Inscription demandée aux accueils périscolaires :

du matin du midi de l'après-midi

1 – Responsable de l'enfant

Mère

Nom Prénom :

Adresse :

Tél (domicile, portable, travail) :

Nom de l'employeur :

Père

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél (domicile, portable, travail) :

Nom de l'employeur :

2 – Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom : Nom : Nom :

Prénom : Prénom : Prénom :

Tél. portable : Tél. portable : Tél. portable :

Si c'est le cas, personne non autorisée à venir chercher mon enfant (Attention : cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice) :

3 – Départ après l'accueil périscolaire de l'après-midi et du mercredi midi

(Uniquement pour les enfants de l'école élémentaire)

Mon enfant peut partir seul à la fin de l'accueil de l'après-midi : OUI NON

Si oui, à quelle heure ?

4 – Renseignements concernant l'enfant

Compagnie d'assurance scolaire :

N° de contrat :

L'enfant présente-t-il (elle) une allergie alimentaire ? Si oui, à quoi est-il (elle) allergique ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ? Si non, joindre un certificat médical lors du dépôt de dossier afin de valider l'inscription.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant présente-t-il (elle) une autre maladie nécessitant la prise de médicament tous les jours ou en urgence sur le temps périscolaire ? (ceci ne concerne pas la prise occasionnelle de médicaments) Le médecin vous a-t-il prescrit une trousse d'urgence pour cette maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant présente-t-il (elle) un handicap ? Si oui, cela nécessite-t-il des mesures particulières ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant est-il accompagné(e) par un(e) accompagnant(e) des élèves en situation de handicap (AESH) sur le temps scolaire ? Si non, une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant bénéficie-t-il déjà d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5 – Vaccinations (à compléter ou joindre des photocopies des pages vaccins du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

6 – Informations complémentaires

Mon enfant porte :

- des lentilles : OUI NON
- des lunettes : OUI NON (au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant)

Autres recommandations, précisez

.....

.....

.....

7 – Eviction alimentaire

Mon enfant ne mange : pas de viande de porc pas de viande

8 – Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

J'autorise le transport de mon enfant en pedibus dans le cadre des activités : OUI NON

9 – Droit à l'image, à l'écriture et au son

Je soussigné(e)

autorise n'autorise pas la prise de vue ainsi que la publication de l'image, du nom, et de la voix de mon enfant.

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 mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à

le

Signature