

FICHE SANITAIRE
Accueil Périscolaire
2015-2016

*Joindre **obligatoirement** la photocopie
des vaccinations de l'enfant à jours.

1. État civil de l'enfant

NOM DE L'ENFANT : _____

PRENOM DE L'ENFANT : _____

Sexe : Masculin Féminin

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ LIEU DE NAISSANCE : _____

2. Responsable de l'enfant

NOM : _____ PRENOM : _____

TEL DOM. : _____ PORT. : _____ TRAVAIL : _____

3. Renseignements médicaux

NON et TEL du MEDECIN TRAITANT : _____

Allergies Alimentaires OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Diabète OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Allergies médicamenteuses OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Épilepsie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Asthme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres : _____

Préciser : _____

L'enfant suit- il un traitement particulier ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants.

Les médicaments doivent être dans leurs emballages d'origine avec leurs notices où le nom et prénom de l'enfant seront inscrit.

ATTENTION : aucun traitement médical ne pourra être administré sans ordonnance.

Le trouble de santé implique t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ? OUI NON

Si oui, préciser : _____

Autres difficultés et recommandations utiles (lunettes, prothèses ...):

L'enfant a t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			

Je soussigné _____ déclare exact les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendus nécessaires pour l'état de l'enfant.

A Pernant, le _____,

Signature(s)