

FICHE SANITAIRE

Année 2022 – 2023



Une fiche par enfant

(Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant, elles ne seront communiquées qu'en cas de nécessité et à un personnel habilité)

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom(s) : Prénom(s) :
Date de naissance : Sexe : M F
Lieu de naissance : Âge :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

* Joindre impérativement une copie du PAI

Médecin traitant :

Téléphone :

Poids : Taille :

Groupe sanguin :

Bénéficie d'une A.V.S. (Auxiliaire de Vie Scolaire) sur le temps scolaire :

Oui Non

Fait l'objet d'un P.A.I. * (Protocole d'Accueil Individualisé) :

Oui Non

Porte des lunettes :

Oui Non

Porte des prothèses auditives ou un appareil dentaire :

Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement particulier ?

Oui Non

Si oui, précisez :
.....

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 inscrits.

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

AUTRES

Informations particulières que vous jugerez nécessaire de porter à la connaissance de l'équipe d'encadrement :

.....
.....
.....

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

Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées le cas échéant :

Oui Non

ALLERGIES & MALADIES

*Si oui, joindre OBLIGATOIREMENT un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Allergie(s) alimentaire(s)* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Allergie(s) médicamenteuse(s)* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Allergie(s) autre(s)* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Diabète* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Asthme* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Épilepsie* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Contre-indication médicale* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Maladie(s) infantile(s) déjà contractée(s) (Rubéole, Varicelle, Coqueluche, Scarlatine, Oreillon..) :	Précisez :
Observations :

VACCINATIONS

Joindre OBLIGATOIREMENT une copie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant.

BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
DTP (diphtérie, tétanos et poliomyélite)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT à contacter en priorité

	1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Nom(s) & Prénom : (M. - Mme) - En lettres CAPITALES
Téléphone fixe :
Téléphone portable :
Tél. professionnel :

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

Date : Signature(s) :