

FICHE SANITAIRE

Juillet 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 : F M

Lieu de naissance : Age:

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Médecin traitant : Téléphone:

Poids: Taille: Groupe sanguin:

Bénéficie d'une AESH sur le temps scolaire : Oui Non

Fait l'objet d'un PAI: Oui Non
(Protocole d'Accueil Individualisé)

Si oui, Joindre impérativement une copie du PAI

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 leur emballage d'origine avec leur notice où le nom et le prénom de l'enfant seront inscrits.

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

AUTRES

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

.....

.....

.....

J'autorise Mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.

Je n'autorise pas

J'autorise Mon enfant à participer aux baignades surveillées le cas échéant.

Je n'autorise pas

ALLERGIES ET 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) : Non Oui, précisez :
- Allergie(s) médicamenteuse(s) : Non Oui, précisez :
- Allergie(s) autres(s) : Non Oui, précisez :
- Diabète : Non Oui, précisez :
- Asthme : Non Oui, précisez :
- Epilepsie : Non Oui, précisez :
- Contre-indication médicale : Non Oui, précisez :
- Maladie(s) infantile(s) déjà contractée(s)
(rubéole, varicelle, coqueluche, scarlatine, oreillon, ...) :
- Observations :

VACCINATIONS

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

- BCG Non Oui Date du dernier rappel :
- DTP (Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite) Non Oui Date du dernier rappel :
- Hépatite Non Oui Date du dernier rappel :

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

	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Nom(s) et Prénom(s) : En lettres capitales
Téléphone fixe :
Téléphone portable :
Téléphone 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) :