

FICHE SANITAIRE
ECOLE - ACCUEILS PERISCOLAIRES - ACCUEILS DE LOISIRS
Validité de septembre 2018 à août 2019.

ENFANT

NOM – Prénom : Date de naissance : .../.../.... Sexe : F G
Etablissement scolaire fréquenté L'enfant déjeune-t-il à l'école ? OUI NON

Nom et adresse des responsables légaux :

1. Tél. Fixe : Port.....
.....

2. Tél. Fixe : Port.....
.....

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MEDECIN TRAITANT : Nom, Prénom : Tél. :

AUTRES PERSONNES :

	Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. Fixe	Tél. Port
1				
2				

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS : Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite à jour : OUI Date du dernier rappel :
Hépatite B : date : ROR : date : Coqueluche : date : Haemophilus influenzae Hib : date :
Pneumocoque : date : Méningocoque C : date : **AUTRES :** Préciser :

Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.

Toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la médecine scolaire ou de la P.M.I. ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche Rougeole Rubéole
Otite Rhumatisme articulaire aigu

PORT DE : lentilles / lunettes / prothèses auditives / prothèses dentaires / autre, préciser :

Dispositions particulières pour les Accueils de Loisirs : Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de centre avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI Préciser :

ASTHME : OUI **AUTRE DIFFICULTE DE SANTE :** OUI Préciser :

Si réponse positive : Se rapprocher de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la P.M.I. (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

P.A.I. EXISTANT : OUI ➔ Fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés sur l'école ainsi qu'au directeur de l'accueil de loisirs le cas échéant.

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI Préciser le médicament :

ASSURANCES

NOM DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE : N° de sécurité sociale :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Compagnie : N°.....

La ville conseille vivement la souscription à une assurance en responsabilité civile afin de couvrir les dommages dont l'enfant serait l'auteur ainsi qu'à une assurance individuelle accident garantissant les dommages corporels subis sans qu'aucune responsabilité n'ait pu être dégagée

Par la transmission de ce document, j'atteste de l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de l'Education de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Le/La responsable de l'enfant, Nom et Prénom :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des accueils de loisirs extra et périscolaires, et de la restauration scolaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction de l'Enseignement – Place Martin Bastard BP 516 79022 NIORT Cedex. Ce document, valable durant une année scolaire sera détruit en fin de période.