

# FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant :  Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Garçon  Fille

Niveau de la classe 2020-2021 :  Niveau de la classe 2021-2022 :

## Personnes responsables de l'enfant :

Nom :  Prénom :   
 Adresse :   
 Tél. domicile :  Portable :  Tél. professionnel :   
 Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :   
 Numéro allocataire :   
 Organisme d'assurance :  Numéro sociétaire :

### Le responsable 1

Nom :  Prénom :   
 Adresse :   
 Téléphone :  Portable :   
 Mail :   
 Lieu de travail :   
 Téléphone travail :

### Le responsable 2

Nom :  Prénom :   
 Adresse :   
 Téléphone :  Portable :   
 Mail :   
 Lieu de travail :   
 Téléphone travail :

## Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à contacter en cas d'urgence (Tout problème particulier devra être signalé au service des Affaires Scolaires)

Nom -Prénom	Téléphones	Lien de parenté	Autorisé(e) à récupérer l'enfant	A contacter en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'animation

Votre enfant sait-il nager ?  OUI  NON

Votre enfant sait-il faire du vélo ?  OUI  NON

J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui pourraient être proposées par l'équipe d'animation. Un test préalable sera demandé pour les activités aquatiques et nautiques (canoë, kayak...).

**Droit à l'image :** J'autorise la diffusion et la publication des images prises de mon enfant dans le cadre de ses activités (communication de la Ville, mais en aucun cas à des fins d'exploitation commerciale).

J'autorise mon enfant à emprunter différents moyens de transport (autocar, minibus...) pour les activités.

## Renseignements médicaux

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Vaccinations	Oui	Non	Dates	Vaccinations	Oui	Non	Dates
DT POLIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TETRACOQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rubéole/oreillons/rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DU CARNET DE VACCINATION

L'enfant suit-il un traitement médical :

Oui

Non

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) :

Oui

Non

Si oui, joindre le protocole, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

### Maladies et allergies :

1 – Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

2 – Votre enfant a-t-il des allergies ?

	Oui	Non	Précisions/conduite à tenir
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Régime alimentaire particulier :

3 – Indiquez les difficultés de santé, antécédents médicaux, précautions à prendre et conduite à tenir :

\_\_\_\_\_

4 – Précisez ici les recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, prothèses...) :

\_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ville à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :