

## FICHE SANITAIRE 2017-2018

Ce document sera transmis aux équipes d'animation sur site. Il permet de délivrer aux animateurs les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

### Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Ecole : .....

Inscription demandée aux accueils périscolaires :

du matin

du midi

de l'après-midi

du mercredi midi

### 1 – Responsable de l'enfant

#### Mère

Nom ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél (domicile, portable, travail) : .....

Nom de l'employeur : .....

#### Père

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél (domicile, portable, travail) : .....

Nom de l'employeur : .....

### 2 – Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : ..... Prénom : .....

Tél. portable : ..... Tél. portable : ..... Tél. portable : .....

Si c'est le cas, personne non autorisée à venir chercher mon enfant (Attention : cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice) : .....

### 3 – Départ après l'accueil périscolaire de l'après-midi et du mercredi midi

(Uniquement pour les enfants de l'école élémentaire)

Mon enfant peut partir seul à la fin de l'accueil du mercredi midi et de l'après-midi : OUI  NON

### 4 – Renseignements concernant l'enfant

Compagnie d'assurance scolaire : .....

N° de contrat : .....

L'enfant présente-t-il une **allergie alimentaire** ?  Oui  Non

Si oui, à quoi est-il allergique ?

.....

Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ?  Oui  Non

Si non, joindre **un certificat médical** lors du dépôt de dossier afin de valider l'inscription.

Votre enfant présente-t-il une **autre maladie** nécessitant la prise de médicament tous les jours ou en urgence sur le temps scolaire ou périscolaire ? (Ceci ne concerne pas la prise occasionnelle de médicaments)  Oui  Non

Le médecin vous a-t-il prescrit une trousse d'urgence pour cette maladie ? :  Oui  Non

L'enfant présente-t-il un **handicap** ?  Oui  Non

Cela nécessite-t-il des mesures particulières ?  Oui  Non

Votre enfant est-il accompagné(e) par un(e) accompagnant(e) des élèves des élèves en situation de handicap (**AESH**) sur le temps scolaire ?  Oui  Non

Si non, une demande d'AESH est-elle en cours ?  Oui  Non

L'enfant bénéficie-t-il déjà d'un **PAI (projet d'accueil individualisé)** ?  Oui  Non

## 5 – **Vaccinations** (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## 6 – **Informations complémentaires**

Mon enfant porte :

- des lentilles : OUI  NON
- des lunettes : OUI  NON  (au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant)

Autres recommandations, précisez

## 7 – **Eviction alimentaire**

Mon enfant ne mange : pas de viande de porc  pas de viande

## 8 – **Autorisations**

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

J'autorise le transport de mon enfant en pedibus dans le cadre des activités : OUI  NON

## 9 – **Droit à l'image, à l'écriture et au son**

Je soussigné(e) .....

autorise  n'autorise pas la prise de vue ainsi que la publication de l'image, du nom, et de la voix de mon enfant.

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à

le

Signature