



## Année scolaire 2018-2019

**FICHE SANITAIRE – SERVICE ENFANCE****ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Garçon  Fille SERVICE(S) FREQUENTE(S) : Accueil Périscolaire  Accueil de Loisirs 

Quotient Familial : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT****PERE** - Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**MERE** - Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Adresse mail** : \_\_\_\_\_Recevoir les programmes d'animation et informations de l'accueil de loisirs : Oui  Non **PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE OU DE RETARD ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de joindre les parents).**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom, Adresse et ☎ du médecin traitant \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON **Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

## VACCINATIONS → Merci de joindre la photocopie des vaccins (carnet de santé)

### VACCINS OBLIGATOIRES

Diphtérie OUI  NON   
Tétanos OUI  NON   
Poliomyélite OUI  NON   
Ou DT polio OUI  NON   
Ou Tétracoq OUI  NON

### VACCINS RECOMMANDÉS

Hépatite B OUI  NON   
Rubéole-Oreillons-Rougeole OUI  NON   
Coqueluche OUI  NON   
Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE
VARICELLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ANGINE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
OTITE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES OUI  NON  ASTHME OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

---

---

---

### DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Indiquez-ci-dessous : *Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...* en précisant les **dates** et les **précautions** à prendre.

---

---

---

### VOTRE ENFANT SUIV-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

---

---

---

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, diabolos ... PRÉCISEZ.

---

---

---

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéant, toutes mesures (médicales, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**La présente inscription vaut acceptation du règlement intérieur des différents services**

Fait à :  
Le :

« Lu et approuvé » Signature des parents :