

FICHE SANITAIRE

ECOLLES—ACCUEILS PERISCOLAIRES—

Validité de Septembre 20 à Juillet 20.

ENFANT	AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
<p>Nom de l'enfant :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe :</p> <p>Nom et adresse des responsable légaux :</p> <p>1.</p> <p>.....</p> <p>Tél. fixe : Port :</p> <p>2.</p> <p>.....</p> <p>Tél. fixe : Port :</p>	<p>MEDECIN TRAITANT :</p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél. Fixe : Port :</p> <p>AUTRES PERSONNES :</p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Lien avec l'enfant :</p> <p>Tél. Fixe : Port :</p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Lien avec l'enfant :</p> <p>Tél. Fixe : Port :</p>
<p>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</p>	<p>SANTE DE L'ENFANT</p>
<p>VACCINATIONS OBLIGATOIRES :</p> <p>Diphtérie—Tétanos—Polioyérite à jour : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Joindre la photocopie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.</p> <p>Toute vaccination 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.</p> <p>Disposition particulières pour les Accueils de Loisirs :</p> <p>Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 l'accord des responsables légaux. 	<p>DIFFICULTE DE SANTE :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si réponse positive</p> <p>Écoles : (y compris restauration scolaire et garderie périscolaire) - se rapprocher du directeur de l'école et de la PMI (jusqu'en moyenne section) ou de la médecine scolaire (à partir de la grande section) pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).</p> <p>P.A.I EXISTANT : OUI NON</p> <p>COUVERTURE SOCIALE— ASSURANCE :</p> <p>ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE Compagnie :</p> <p>N° :</p>

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'école ou des activités périscolaires, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :