

FICHE SANITAIRE

ALSH Juillet 2022



Une fiche par enfant

(Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant, elles ne seront communiquées qu'en cas de nécessité à un personnel habilité)

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom(s) : Prénom(s) :
Date de naissance : Sexe : M F
Lieu de naissance : Âge :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

* Joindre impérativement une copie du PAI

Médecin traitant : Téléphone :

Poids : Taille : Groupe sanguin :

Bénéficie d'une A.V.S. (Auxiliaire de Vie Scolaire) sur le temps scolaire : Oui Non

Fait l'objet d'un P.A.I. * (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Porte des lunettes : Oui Non

Porte des prothèses auditives ou un appareil dentaire : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement particulier ? Oui Non

Si oui, précisez :
.....

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants. Les médicaments doivent être dans leurs emballages d'origine avec leurs notices où le nom et prénom de l'enfant seront inscrits.

ATTENTION : aucun traitement médical ne pourra être administré sans ordonnance.

AUTRES

Informations particulières que vous jugerez nécessaire de porter à la connaissance de l'équipe d'encadrement :

.....
.....
.....

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées le cas échéant : Oui Non

ALLERGIES & MALADIES

*Si oui, joindre OBLIGATOIREMENT un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Allergie(s) alimentaire(s)* : Non Oui, précisez :

Allergie(s) médicamenteuse(s)* : Non Oui, précisez :

Allergie(s) autre(s)* : Non Oui, précisez :

Diabète* : Non Oui, précisez :

Asthme* : Non Oui, précisez :

Épilepsie* : Non Oui, précisez :

Contre-indication médicale* : Non Oui, précisez :

Maladie(s) infantile(s) déjà contractée(s)
(Rubéole, Varicelle, Coqueluche, Scarlatine, Oreillon..) : Précisez :

Observations :

VACCINATIONS

Joindre OBLIGATOIREMENT une copie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant.

BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dernier rappel :	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dernier rappel :
DTP (diphtérie, tétanos et poliomyélite)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dernier rappel :	ROR (Rougeole, Oreillons et Rubéole)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dernier rappel :
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dernier rappel :	Autres :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dernier rappel :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT à contacter en priorité

1 Père Mère

2 Père Mère

Nom(s) & Prénom : (M. - Mme) - En lettres CAPITALES
Téléphone fixe :
Téléphone portable :
Tél. professionnel :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature(s) :