

# FICHE SANITAIRE

## ECOLE - ACCUEILS PERISCOLAIRES - ACCUEILS DE LOISIRS

Validité de SEPTEMBRE 2015 à AOÛT 2016

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 responsables légaux :</p> <p>1. ....</p> <p>Tél. Fixe:..... Port.....</p> <p>2. ....</p> <p>Tél. Fixe:..... Port.....</p>	<p><b>MEDECIN TRAITANT :</b></p> <p>Nom, Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Tél. Fixe:..... Port.....</p> <p><b>AUTRES PERSONNES :</b></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>								
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	SANTÉ DE L'ENFANT								
<p><b>VACCINATIONS OBLIGATOIRES :</b></p> <p>Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite à jour : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><i>Joindre la photocopie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.</i></p> <p><i>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..</i></p> <p><b>MALADIES:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Angine <input type="checkbox"/></td> <td>Rubéole <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coqueluche <input type="checkbox"/></td> <td>Scarlatine <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oreillons <input type="checkbox"/></td> <td>Varicelle <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rougeole <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>PORT DE :</b></p> <p>lentilles <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/></p> <p>prothèses : auditives <input type="checkbox"/> dentaires <input type="checkbox"/></p> <p>autre : .....</p> <p><b>Dispositions particulières pour les Accueils de Loisirs :</b></p> <p>Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de centre</li> <li>- avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et l'accord des responsables légaux.</li> </ul>	Angine <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>ALLERGIES et/ou TROUBLES ALIMENTAIRES :</b></p> <p>Préciser : ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>ASTHME :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>AUTRE DIFFICULTE DE SANTE :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser : .....</p> <p>Si réponse positive :</p> <p>Ecoles : se rapprocher du directeur de l'école, et de la médecine scolaire ou de la P.M.I., pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).</p> <p>Accueils de Loisirs : fournir au directeur du centre une copie du P.A.I. avec le protocole d'urgence et la trousse médicale.</p> <p><b>P.A.I. EXISTANT :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ALLERGIE MEDICAMENTEUSE :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser le médicament: .....</p> </div>
Angine <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>								
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>								
Oreillons <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>								
Rougeole <input type="checkbox"/>									
<p>Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.</p> <p>Date ..... Signature(s) .....</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>COUVERTURE SOCIALE - ASSURANCE</b></p> <p><b>N° DE SECURITE SOCIALE :</b> .....</p> <p>Centre payeur : C.P.A.M. <input type="checkbox"/> M.S.A. <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">autre : .....</p> <p>Bénéficiaire de la C.M.U. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>Joindre la photocopie de l'attestation</b></p> <p><b>ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :</b></p> <p>Compagnie: .....</p> <p>N° : .....</p> </div>								

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

Date ..... Signature(s) .....