****

**FICHE SANITAIRE**

**Ecole / Cantine / Accueils périscolaires année scolaire 2020 / 2021**

**ENFANT**

**NOM – PRENOM :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Né(e) le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sexe : Fille  Garçon  L’enfant déjeune à la cantine : Oui  Non**

***Responsables légaux :***

1 – Nom Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel port : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel prof : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 – Nom Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel port : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel prof : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE**

**Médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autres**  **Personnes** | **Nom Prénom** | **Lien parenté** | **Tel fixe ou prof** | **Tel portable** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Vaccins obligatoires :**Diphtérie/tétanos/poliomyélite : OUI  Dernier rappel le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**recommandés** : Hépatite B date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ROR date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coqueluche date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**autres** : préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat attestant les vaccinations.***

**L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Oreillons  Scarlatine  Varicelle  Coqueluche  Rougeole  Rubéole

**Port de** : Lentilles  Lunettes  Prothèse auditive   Prothèse dentaire   Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SANTE DE L’ENFANT**

**Allergies alimentaires :** non  oui  Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergies médicamenteuses :** non  oui  Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Asthme :** non  oui  **Autre problème de santé** préciser :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**P.A.I. existant :** oui  ***Fournir une copie du PAI, le protocole d’urgence et la trousse médicale.***

**ASSURANCES**

Nom centre sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assurance Responsabilité Civile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°contrat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je / Nous soussigné(e)(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsable(s) de l’enfants, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé de mon enfant. Je m’engage à informer les services communaux de toute modification importante concernant l’état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d’année.

Signature(s)