



Fiche sanitaire individuelle

Restauration – Accueil périscolaire – Études surveillées

Année 2022 – 2023

CIVILITÉ	ENFANT	
	Nom (en majuscule) :Prénom (en majuscule) : (Conforme au Livret de Famille)	
ASSURANCE	Date de naissance :/...../.....	
	Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	
	École pour 2022 – 2023 : Classe pour 2022 – 2023 :	
	<u>MÉDECIN TRAITANT</u> :	
	Nom – Prénom : Tél. :	
	ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	
	Nom de l'assurance	Numéro de contrat

	La ville conseille vivement la souscription à une assurance en responsabilité civile afin de couvrir les dommages dont l'enfant serait l'auteur ainsi qu'à une assurance individuelle accident garantissant les dommages corporels subis sans qu'aucune responsabilité n'ait pu être dérogée.	

J'inscris mon enfant pour : Restauration
 Etudes surveillées
 Accueil périscolaire matin et soir

RESPONSABLES LEGAUX	RESPONSABLE LÉGAL 1 (Nom – Prénom) : (En majuscule et Prénom conforme au Livret de Famille)			
	Tél. Fixe : Port :			
CONTACTS	RESPONSABLE LÉGAL 2 (Nom – Prénom) : (En majuscule et Prénom conforme au Livret de Famille)			
	Tél. Fixe : Port :			
	AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
	Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél Fixe	Tél Port

VACCINS OBLIGATOIRES	ENFANTS NÉS AVANT 2018	Vaccination contre Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (D.T.P.) Date de la dernière injection :
	ENFANTS NÉS APRÈS 2018	Vaccination contre Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite – Coqueluche – L’Haemophilus Influenzae de type B - Hépatite B Date de la dernière injection :
		Vaccination contre les infections à pneumocoque Date de la dernière injection :
		Vaccination contre les infections invasives à Méningocoque de séro groupe C Date de la dernière injection :
		Vaccination contre Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR) Date de la dernière injection : Pour toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical, l’enfant ne pourra pas être accueilli en accueil de loisirs.
SANTÉ DE L’ ENFANT	En cas de réponse positive, vous serez contacté(e) par la référente (cf. Informations générales).	
	SITUATION DE HANDICAP : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> RECONNAISSANCE MDPH <input type="checkbox"/> Précisez :	
	AUTRE PROBLEME DE SANTE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Précisez :	
	ALLERGIES ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Votre enfant porte-t-il des : Lunettes <input type="checkbox"/> Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Précisez :	
TRAITEMENT MÉDICAL	La prise de médicament n'est autorisée que dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.).	
	1 trousse de secours ainsi qu’une ordonnance de moins de 3 mois (valable pour une année scolaire) précisant la posologie doivent être fournies dans chaque lieu d'accueil fréquenté par l'enfant et sur tous les temps : accueil périscolaire, accueil de loisirs, restauration. Les médicaments doivent être apportés dans leur emballage d’origine, avec la notice d’utilisation.	

Je, soussigné(e)responsable de l'enfant.....

certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise 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 concernés de toute modification importante concernant l’état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d’année.

Date.....

Signature(s) des responsables légaux