

# FICHE SANITAIRE

NOM : ..... PRENOM : ..... ECOLE : ..... CLASSE : .....

TELEPHONE MERE : ..... TELEPHONE PERE : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... REGIME ALIMENTAIRE :  Sans Viande  Aucun

PAI (**projet d'accueil individualisé**) périscolaire :  Alimentaire  Non alimentaire

ALLERGIES : Asthme : OUI  NON  Médicamenteuses : OUI  NON

Alimentaire : OUI  NON  Autres : .....

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>SCARLATINE</b>
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>OREILLONS</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

### VACCINATIONS DE L'ENFANT

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations, ou joindre copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>OU</b> DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<b>OU</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### PERSONNES (autres que les parents) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

(1) NOM : ..... ☎ .....

(2) NOM : ..... ☎ .....

### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE

.....  
 .....

**INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires etc ...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
 .....

### AUTORISATIONS :

**Droit de Sortie** : - J'autorise mon enfant à rentrer seul après le **périscolaire** à partir de ..... :

OUI  NON

**Droit de Sortie** : - J'autorise mon enfant à rentrer seul après le **centre de loisirs** à partir de ..... :

OUI  NON

**Droit à dégustation** : - J'autorise mon enfant, à déguster les préparations faites pendant les ateliers culinaires :

OUI  NON

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et atteste avoir pris connaissance du règlement.

DATE :

SIGNATURE :