# *ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE / PAUSE MERIDIENNE*

Fiche Sanitaire 2020/2021

## *ETAT CIVIL DE L'ENFANT*

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Date de Naissance : .....

## *RESPONSABLES LEGAUX*

| **Parent 1** : Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez) ☐ ..... | **Parent 2** : Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez) ☐ ..... |
|---|---|
| Nom : ..... | Nom : ..... |
| Prénom : ..... | Prénom : ..... |
| Téléphone portable/domicile : ..... | Téléphone portable/domicile : ..... |
| Téléphone travail : ..... | Téléphone travail : ..... |

## *SANTE*

**NOM et Téléphone du médecin traitant** :.....

***Vaccins** :

| *VACCINS OBLIGATOIRES* | *Oui* | *Non* | *DATE DES DERNIERS RAPPELS* | *VACCINS RECOMMANDES* | *DATES* |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

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

***Renseignements médicaux :**

→L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

| RUBEOLE | VARICELLE | COQUELUCHE | ROUGEOLE | OREILLONS | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|---|
| Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ |
| **ANGINE** | **OTITE** | **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** | | | |
| Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | | | |

→

→Allergies :

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ASTHME** | Oui □ Non □ | **MEDICAMENTEUSE** | Oui □ Non □ |
| **ALIMENTAIRE** | Oui □ Non □ | **AUTRE** | Oui □ Non □ |

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Si PAI, si automédication le signaler) :

……
……
……
……

→Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre).

……
……
……
……

→Recommandations utiles des parents (Régime alimentaire, port de lunettes, lentilles, prothèses …) :

……
……
……
……

***SIGNATURE RESPONSABLE (S) LEGAL (AUX)***

Je soussigné(e) …… responsable légal(e) de l'enfant, …… déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et □ **autorise** □ **n'autorise pas** la responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A …… , le ……

Signature du ou des représentants légaux