



ATTENTION
1 fiche par enfant

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

ÉCOLES - ACCUEILS PÉRISCOLAIRES - ACCUEILS DE LOISIRS

Validité de Septembre 2021 à Août 2022

ENFANT

Nom Prénom : _____ Date de naissance : / / Sexe : F G

Établissement scolaire fréquenté : _____

L'enfant fréquente-t-il : la restauration OUI NON l'accueil périscolaire OUI NON

Veillez cocher :

Restauration	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>

L'enfant fréquente-t-il l'Accueil Collectif de Mineurs : OUI NON

Veillez cocher :

ACM Mercredi Petites vacances Juillet Août

Nom des responsables légaux :

1/ Père

Tél. Fixe :

Port

2/ Mère

Tél. Fixe :

Port

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Tél Fixe	Tél Port
1/			
2/			

MÉDECIN TRAITANT :

Nom Prénom :

Tél. :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES POUR TOUS LES ENFANTS :

Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite à jour : OUI Date du dernier rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS A PARTIR DE 2018 :

Hépatite B date : Rougeole – Oreillons – Rubéole date :

Coqueluche date : Haemophilus Influenzae de type B (HIB)date :

Pneumocoque date : Méningocoque C date :

Toute vaccination obligatoire 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.
ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche Rougeole Rubéole Otite
Rhumatisme articulaire aigu

PORT DE lentilles lunettes prothèses auditives prothèses dentaires

autre, précisez :

TRAITEMENT MEDICAL

La prise de médicament n'est autorisée que dans le cadre d'un PAI.

1 trousse de secours ainsi qu'une ordonnance précisant la posologie doivent être fournies dans chaque lieu d'accueil fréquenté par l'enfant et sur tous les temps : périscolaire, ACM, restauration.

Les médicaments doivent être apportés dans leur emballage d'origine, avec la notice d'utilisation et votre accord écrit au 1er jour du centre.

SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI NON

Précisez :

ASTHME : OUI NON

Précisez :

SITUATION DE HANDICAP : OUI NON RECONNAISSANCE MDPH

Précisez :

AUTRE PROBLEME DE SANTE : OUI NON

Précisez :

En cas de réponse positive, vous serez contacté(e) par les référents.

**DÉMARCHES A FAIRE EN CAS DE DIFFICULTÉ DE L'ENFANT NÉCESSITANT
LA MISE EN PLACE D'UN ACCUEIL SPÉCIFIQUE**

(Projet d'Accueil Individualisé P.A.I. ou Accompagnants A.E.S.H. / A.A.I.)

Afin de récupérer un dossier de demande, merci de bien vouloir prendre contact avec les personnes ci-dessous selon le temps d'accueil concerné :

TEMPS SCOLAIRE, TEMPS PÉRISCOLAIRES ET DE RESTAURATION	MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES
Contacteur le directeur de l'école Contacteur Mme BERNARD, référente P.A.I. 06.27.61.24.32 anita.bernard@la-seyne.fr Espace Social Raybaud – Rue Renan – 2e étage	Contacteur Mme FORNONI 04.94.06.97.88 jade.fornoni@la-seyne.fr Espace Social Raybaud – Rue Renan – 2e étage

Les trousse d'urgence doivent être apportées par les familles à Mme BERNARD avant la rentrée scolaire.

Chaque lieu d'accueil fréquenté par l'enfant doit être pourvu d'une trousse d'urgence.

ASSURANCES

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : _____ .N° _____ .
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.

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 de l'Enseignement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Date

Signature(s) des responsables légaux
Veillez taper votre nom ou apposer votre signature numérique