

## ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE / PAUSE MERIDIENNE

Fiche Sanitaire 2023/2024

### ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : Féminin  Masculin

Date de Naissance :

### RESPONSABLES LEGAUX

Parent 1 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) <input type="checkbox"/>	Parent 2 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ANGINE	OTITE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

→Allergies :

<b>ASTHME</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>MEDICAMENTEUSE</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>ALIMENTAIRE</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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)  
l'enfant,

responsable légal(e) de  
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

Mairie de ROCHE - 75, rue Gérard VERNAY - 38090 ROCHE

☎ 04.74.92.72.90

mail. : [periscolaire@roche38.fr](mailto:periscolaire@roche38.fr)

site : [www.roche38.fr](http://www.roche38.fr)