

ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE / PAUSE MERIDIENNE

Fiche Sanitaire 2024/2025

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
Diphthérie				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 :

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

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

☎ 04.74.92.72.90

mail. : periscolaire@roche38.fr

site : www.roche38.fr