

FICHE SANITAIRE



Enfant :

Nom : Prénom :
Sexe : Masculin Féminin Date de naissance :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Indiquez ci dessous les antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales). Mentionnez les précautions à prendre en conséquence et les éventuelles contre indications à la pratique de certaines activités physiques ou sportives.

.....
.....
.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui lequel ?

Joindre l'ordonnance (datée et signée du médecin) aux médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation, nom et prénom de l'enfant inscrits sur l'emballage.

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? oui non

Si oui, le transmettre à la directrice de l'accueil.

Recommandations :
.....

Responsables de l'enfant :

Parent 1 :

Nom : Prénom :

Tél : Tél pro :

N° de sécurité sociale :

Parent 2 :

Nom : Prénom :

Tél : Tél pro :

N° de sécurité sociale :

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures pour protéger l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions).

Date :

Signature :

Joindre un certificat médical attestant du respect de l'obligation en matière de vaccins, conformément à l'article D.3111-2 du Code de la santé publique.

Le dossier de mon enfant est complet :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fiche sanitaire | <input type="checkbox"/> attestation d'assurance responsabilité civile |
| <input type="checkbox"/> fiche identification | <input type="checkbox"/> attestation d'assurance extra-scolaire |
| <input type="checkbox"/> certificat médical de vaccination | |