

FICHE SANITAIRE 2024/2025

Ce document sera transmis aux équipes d'animation périscolaire sur site, au service de réussite éducative de la direction de l'éducation pour le suivi des PAI et au service restauration pour l'ajustement des commandes de repas. Il permet de leur délivrer les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

Enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Sexe.....

Inscription demandée aux accueils périscolaires : du matin du midi de l'après-midi

1 – Responsable(s) de l'enfant

Parent 1

Nom : Prénom :
Adresse :

.....
Tél. (dom, port, travail) : Mail.....
Nom de l'employeur :

Parent 2

Nom : Prénom :
Adresse si différente :

.....
Tél. (dom, port, travail) : Mail.....
Nom de l'employeur :

Garde de l'enfant :

Conjointe Mère Père Garde partagée Autre

Pour tout changement de coordonnées, nous vous remercions de prévenir le service périscolaire et le service Accueil et Inscriptions.

2 – Autres personnes habilitées à venir chercher l'enfant (une personne minimum requise)

Nom : Prénom :
Tél. portable : Lien avec l'enfant :

Régime alimentaire en raison d'une pathologie médicale		PAI
Prise de traitement, médicament, protocole urgence		PAI

Votre enfant porte-il : des lentilles des lunettes

Autre recommandation particulière concernant la santé de votre enfant :

.....

7- Prise en compte d'autres besoins spécifiques

	OUI/ NON	Précisez :	Pièces à fournir
Votre enfant est-il porteur d'un handicap nécessitant une prise en charge particulière (aménagement/ adaptations/aide humaine) sur le temps scolaire ou périscolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Notification MDPH
Votre enfant bénéficie-t-il de l'Allocation Notification MDPH d'Education Enfant Handicapé (AEEH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Notification MDPH
Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement humain spécifique sur le temps périscolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Compléments:.....

8 – Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires pour tous les enfants	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus influenzae de type b (HIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9 – Assurance

Compagnie d'assurance scolaire / extrascolaire :

.....
N° de contrat :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à le

Signature :