

	FICHE SANITAIRE (1 fiche par enfant)		
	Nom :	<input type="text"/>	
	Prénom :	<input type="text"/>	
L'ENFANT	Date de naissance :	<input type="text"/>	
	Garçon : <input type="checkbox"/>	Fille : <input type="checkbox"/>	Classe à la rentrée : <input type="text"/>

1. REGIME ALIMENTAIRES & ALLERGIES

ALIMENTAIRES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui préciser : <input type="text"/>
ASTHMES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui préciser : <input type="text"/>
MÉDICAMENTEUSES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui préciser : <input type="text"/>
AUTRES :			
Conduite à tenir en cas d'allergie :	<input type="text"/>		
P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : un P.A.I. a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Si oui, fournir impérativement une copie ainsi que le protocole et le kit d'intervention au nom de l'enfant Sans ces éléments en notre possession, votre enfant ne sera pas accepté sur notre structure.			

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de l'enfant) Pas besoin de photocopie.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	R-O-R	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres	<input type="text"/>

3. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...) en précisant les précautions à prendre : <input type="text"/>
Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires... précisez : <input type="text"/>

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

En cas d'urgence		Je soussigné(e) <input type="text"/>	DATE : <input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	responsable légal de l'enfant, déclare exacts	SIGNATURE :
Prénom :	<input type="text"/>	Les renseignements portés sur cette fiche et	
Tél 1 :	<input type="text"/>	autorise l'équipe d'animation à prendre le cas	
Tél 2 :	<input type="text"/>	échéant, toutes les mesures rendues	
		nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un Service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.	

