

# ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil Périscolaire



## FICHE SANITAIRE

### 1 - ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....  Garçon  Fille

Classe : .....

N° sécurité sociale : .....

### 2 - REPAS SPECIAUX (sans porc, allergique, sans...) :

.....

### 3 - VACCINATIONS (possibilité de joindre copies du carnet de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres	
Ou Trétacoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

Coordonnées du médecin traitant :

.....

### 4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si **oui** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** ?  oui  non

Si **oui** fournir une copie du P.A.I. L'inscription sera validée après signature du P.A.I. par le Responsable de la structure et le Maire de Moulins-Lès-Metz.

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	VARICELLE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	ANGINE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	SCARLATINE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
--	--	---	---	---

COQUELUCHE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	OTITE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	ROUGEOLE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	OREILLONS oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	
---	--	---	--	--

ALLERGIES : Asthme  oui  non   
Médicamenteuses  oui  non   
Alimentaires  oui  non

AUTRES .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

(Si automédication le signaler)

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

### INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

### 5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez)

.....  
.....

### 6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom du responsable de l'enfant : .....

En cas d'urgence, prévenir :

	Nom et prénom	Adresse	Tel fixe	Tel portable
1.				
2.				
3.				

Acceptez-vous que l'équipe d'animation effectue des petits soins externes (écorchure, hématome, piqûres d'insectes...)  oui  non

Acceptez-vous qu'une transfusion de sang soit effectuée ?  oui  non

Groupe sanguin de l'enfant : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures sanitaires nécessaires et qu'en cas d'accident grave il soit fait appel au SAMU sans pour autant attendre mon arrivée.

Je m'engage par ailleurs à signaler toutes modifications de l'état de santé de mon enfant en cours d'année.

Fait à Moulins-Lès-Metz, le ..... Signature :