

Fiche Sanitaire de liaison de l'Accueil Péri-scolaire 2018-2019

Cette fiche a été conçue pour accueillir les renseignements médicaux et autorisations divers qui pourront être utiles lorsque l'enfant sera confié à l'Accueil Péri-scolaire.

1- **Enfant** : **NOM** :

PRENOM :

SEXE : Garçon Fille

Date de naissance :

2 – **Vaccinations** : **VEUILLEZ JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTE**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- **Renseignements médicaux concernant l'enfant** :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otites		
Angine			Asthme		
Rhumatisme			Rougeole		
Scarlatine			Oreillons		

L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel ?

.....

ATTENTION

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

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).

.....

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement AVS (auxiliaire de vie scolaire) ? : OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI au sein de l'école (même en cours) ? : OUI NON

Si oui, veuillez préciser la nature du PAI :

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre

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

4- Recommandations des parents :

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

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

5- Responsable de l'enfant :

	Nom/ Prénom	Tél. domicile	Tél. personnel	Tél. travail
Père (ou tuteur)				
Adresse				
Mère (ou tutrice)				
Adresse				

Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale (CPAM, MSA, MGEN...) :

N° de sécurité sociale :

Organisme d'Action Sociale et adresse (CAF, MSA, MGEN,...) :

N° d'allocataire :

Merci de nous joindre votre attestation de quotient familial

6- Personne à contacter en cas d'urgence :

Nota : En cas d'accident, les parents de l'enfant sont systématiquement prévenus. Si ceux-ci ne sont pas joignables, nous aviserons la personne désignée ci-dessous et, si l'état de l'enfant le justifie, nous contacterons les pompiers afin qu'ils conduisent l'enfant au service des urgences de l'hôpital de Niort.

Nom /Prénom / Adresse	Tél. domicile	Tél. travail

Je soussigné M responsable de l'enfant, donne autorisation au personnel de l'Accueil Périscolaire à faire intervenir les équipes de secours en cas d'accident.

Date :

Signature

7- Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

Nom / Prénom / Adresse	Tél. domicile	Tél. travail

Je soussigné M responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Directrice de l'Accueil Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, etc ...) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

8- Autorisation diverses :

Je soussigné M responsable de l'enfant, déclare autoriser le personnel de l'Accueil Périscolaire à photographier mon enfant et à utiliser son image à des fins pédagogiques.

Date :

Signature :

Je soussigné M responsable de l'enfant, déclare autoriser le personnel de l'Accueil Périscolaire à publier les photos de mon enfant dans le bulletin officiel de la mairie de Saint Hilaire la Palud.

Date :

Signature :