

POLE EDUCATION CITOYENNETE SCOLARITE

FICHE SANITAIRE 2024/2025

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

1- VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

- **Enfant né avant le 01/01/2018** : DT Polio obligatoire uniquement
- **Enfant né à compter du 01/01/2018** : 11 Vaccins * obligatoires (ci-dessous)

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS recommandés Ou OBLIGATOIRES pour les enfants nés à compter du 01/01/2018	
VACCINS	DATE	VACCINS	DATE
Diphtérie		Hépatite B *	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole*	
Poliomyélite		Coqueluche*	
		Méningocoque C*	
		Pneumocoque *	
		Haemophilus influenzae B*	
		Autres :	

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

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : kg ; Taille cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / aux accueils périscolaires ? 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.

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON
 *ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical :
.....

CONDUITE A TENIR :
.....

Existe-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON
Si P.A.I existant, joindre le protocole et toutes les informations utiles.

** S'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), **un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place** et/ou complété par un P.A.I existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.*

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? OUI NON

Si **oui, précisez-le** en indiquant les précautions à prendre (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)
.....
.....
.....
.....

3 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc... AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :
.....
.....
.....

BAIGNADE : SAIT NAGER NE SAIT PAS NAGER

MEDECIN TRAITANT :Tél :

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) 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.

J'autorise le responsable de l'activité municipale à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'accident grave de mon enfant pouvant entraîner une hospitalisation et demande à en être informé dans les plus brefs délais.

Date :

Signature du (des) responsable (s) :