



**SERVICE PERISCOLAIRE  
FICHE SANITAIRE  
ANNEE SCOLAIRE 2010/2011**

Nom et Prénom .....

Adresse : .....

Médecin traitant : ..... N° de téléphone .....

Assurance Extra –Scolaire :         oui                     non

Compagnie d'Assurance ..... n° du contrat .....

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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE**

**Allergies** :                    Asthme                    oui                     non   
    Alimentaire                    oui                     non                     Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

PAI (*projet d'accueil individualisé*)         oui         non        photocopie à fournir

Consommation de Viande Porcine         oui         non

**VACCINS (joindre une copie des vaccins)**

Date B.C.G : .....

Date dernier MONOTEST : .....

D.T.C.P :

1<sup>ère</sup> injection : ..... 1<sup>er</sup> rappel : .....

2<sup>ème</sup> injection : ..... 2<sup>ème</sup> rappel : .....

3<sup>ème</sup> injection : ..... 3<sup>ème</sup> rappel : .....

Hépatite B : .....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication.**

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique **ne présente aucune contre-indication**

**Recommandations utiles des parents :**

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

Préciser : .....

**Personnes à joindre et autorisées à prendre l'enfant en cas d'absence des parents**

Nom et Prénom .....

N° de Téléphone : .....

Lien avec la famille : .....

Nom et Prénom : .....

N° de Téléphone : .....

Lien avec la famille : .....

J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant à des fins de publications     oui     non

**AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e) ..... père , mère ou responsable légal de l'enfant autorise le directeur de la structure à le faire soigner et à lui faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à payer la part des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuelle.

Le ..... /..... /..... à

Signature du responsable légal