



FICHE SANITAIRE

Accueils collectifs de mineurs périscolaires, écoles publiques de Saint-Sylvestre-sur-Lot
2018/2019

Votre enfant :

Nom : Prénom : F G
 Date naissance : / / Classe :
 Nom Prénom parents :
 Adresse domicile familial :
 Code postal : Ville :
 Téléphone Travail mère : Téléphone Travail père :
 Portable mère : Portable père :

L'enfant peut il rentrer seul ? oui non

Si non pour rentrer, les personnes suivantes sont autorisées à le récupérer :

PERSONNES HABILITÉES A VENIR REPRENDRE L'ENFANT :

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Vaccinations : (merci de recopier la page du carnet de santé)

	oui	non	date		date
DT Polio				ROR	
Pneumocoque				Hépatite B	
BCG				Méningite	
Autres				autres	

Renseignements Médicaux :

L'enfant a eu les maladies suivantes :

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole			coqueluche			otites		
varicelle			rougeole			angines		
scarlatine			oreillons			asthme		

Indiquez ci après les autres difficultés de santé, en précisant les dates (maladies, accidents, opérations,.....)

désignation	date

Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui lequel ? (joindre l'ordonnance)

Votre enfant est-il allergique ? oui non

Si oui à quoi ? Quelle conduite à tenir ?

Votre enfant porte des lunettes ? oui non

Votre enfant a des bouchons, des diabolos ? oui non

Votre enfant fait-il l'objet de contre-indications sportives ? oui non

Si oui, laquelle ?.....

Médecin:

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Dr.....

Téléphone :

Adresse :

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

Autorisation :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation ou intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin.

Fait à le

Signature :