

Cadre réservé au service : Groupe Scolaire Samuel PATY *Anciennement Ecole du Centre* Groupe Scolaire Simone VEIL *Anciennement Ecole des Violettes* Groupe Scolaire Arnaud BELTRAME *Anciennement Ecole Grands-Champs*

INFORMATIONS SUR L'ENFANT



NOM: & PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : .

GARÇON FILLE

PHOTO RÉCENTE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant, à l'école, au centre de loisirs et à la cantine. En cas de modification sur les renseignements indiqués sur cette fiche, il est impératif de contacter le Service Education, afin de remplir une nouvelle fiche sanitaire de liaison.

VACCINATIONS



VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		BCG	
Poliomyélite		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

(joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est-il en place ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Suit-il un traitement médical régulier ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, troubles du comportement, antécédents d'accidents ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
A-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Autres allergies	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Diabète	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Epilepsie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Autres	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI). Ce document est à demander au service enfance jeunesse de la Mairie. Vous devez également contacter votre médecin traitant afin qu'il rédige un certificat médical. Aucun médicament ne sera donné à votre enfant, sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS UTILES



L'enfant mange du porc	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'enfant porte des lunettes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

L'enfant a un appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'enfant a un appareil auditif	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

NOM du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT



Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Père / Mère / Autre (Précisez) :	Père / Mère / Autre (Précisez) :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone travail :	Téléphone travail :

CONTACTS AUTRES QUE LES PARENTS



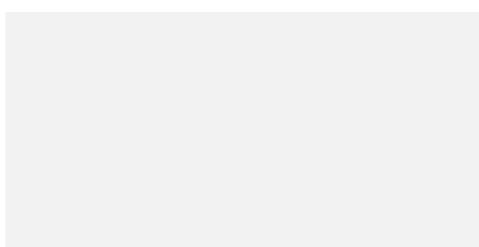
Nom :	Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :	
<input type="checkbox"/> A appeler d'urgence	
Téléphone :	Portable :
<input type="checkbox"/> Autorisé (e) à récupérer l'enfant	
Nom :	Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :	
<input type="checkbox"/> A appeler d'urgence	
Téléphone :	Portable :
<input type="checkbox"/> Autorisé (e) à récupérer l'enfant	

SIGNATURE DU RESPONSABLE 1

Je soussigné (e), _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure (école ou centre de loisirs) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de sante de l'enfant (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : _____

Signature : 

SIGNATURE DU RESPONSABLE 2

Je soussigné (e) _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure (école ou centre de loisirs) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : _____

Signature : 