

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

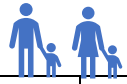


| | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| L'enfant mange du porc | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| L'enfant porte des lunettes | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

| | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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 | |

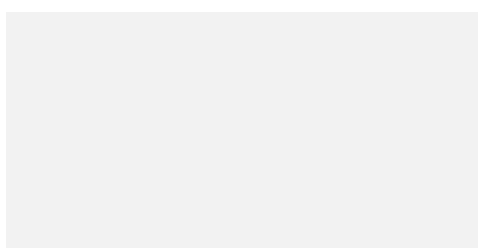
SIGNATURE DU RESPONSABLE 1

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 :

