

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de Naissance : / /

Sexe : Garçon Fille

Age : Classe :

ECOLE FREQUENTEE : Publique Guy Bernardeau Argenton Privée Notre Dame Argenton Publique Marcel Pagnol Bouillé

VOS BESOINS (à cocher) : RESTAURATION SCOLAIRE GARDERIE PERISCOLAIRE TAPS ACCUEIL DE LOISIRS

Nom et prénom Parent 1 : ☎ Portable : / / / /

Nom et prénom Parent 2 : ☎ Portable : / / / /

MEDECIN TRAITANT (Nom et Ville) ☎ / / /

FICHE MEDICALE :

Fournir la photocopie des vaccins obligatoires du carnet de santé comprenant nom/prénom et signature du médecin
(en cas d'absence de vaccins, veuillez svp fournir un certificat médical de non contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** à l'année? Oui Non Lequel.....

En cas de prise du traitement pendant les heures de présence à l'accueil, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Tout traitement non quotidien doit être évité sur les temps de cantine sur temps scolaire car les agents ne sont pas habilités à donner des médicaments (doliprane, amoxicilline, etc.)

Votre enfant dispose-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) Oui Non

Si oui, le PAI doit nous être fourni dans une trousse individuelle à son nom prénom avec conduites à tenir / ordonnance et toutes informations nécessaires à l'administration des médicaments en cas d'urgence.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE*		VARICELLE*		ANGINE*		RHUMATISME* AIGÛ		SCARLATINE*	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE*		OTITE*		ROUGEOLE*		OREILLONS*			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES

Asthme Oui Non Fréquence crises :

Maquillage Oui Non

Alimentaires Oui Non Préciser.....

Médicamenteuses Oui Non Préciser.....

Autres Oui Non Préciser.....

Indiquez **les problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc...), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler (ex : doit porter ses lunettes), en précisant les dates et **les précautions à prendre où conduites à tenir** :

.....
.....





FICHE SANITAIRE ENFANT (1 par enfant)

**A RENDRE AVANT LE 28/06/24
EN MAIRIE OU EN GARDERIE**

SERVICE CANTINE GARDERIE ACCUEIL LOISIRS

VERSO

AUTORISATIONS

Je soussigné, Mme/Mr responsable légal de l'enfant autorise les responsables de l'accueil de loisirs, de la garderie périscolaire et de la cantine, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical (hospitalisation, traitement médical ou intervention chirurgicale).

TRANSPORT CAR (si présences lors de sorties en accueil de loisirs) :

J'accepte que mon enfant soit transporté en transport collectif (car) Oui Non

Autorisations de départ seul :

Mon enfant peut partir seul de l'alsh/garderie/taps Oui Non

NUMEROS URGENCE / PERSONNES AUTORISEES

Mon enfant peut partir avec les personnes suivantes autorisées et lien familiaux (frère/sœur/voisin/amie/oncle/tante/grands parents) (Noms- Prénoms / N° téléphone) : ces personnes seront susceptibles d'être appelé en cas de parent non joignables pour venir récupérer les enfants sur les différents temps périscolaires et accueil de loisirs : la carte d'identité peut être demandé si pas habitué à reprendre l'enfant sur les temps (taps/garderie/centre de loisirs).

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS :

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS :

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS :

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS :

Signature parents / responsable légal :