

# FICHE SANITAIRE : Validité de Septembre 2018 à Août 2019

## ENFANT

NOM – PRENOM : ..... SEXE : M  F

L'enfant déjeune-t-il à l'école ? OUI  NON

Noms et contacts des responsables légaux :

1. .... Tel fixe : ..... Port : .....
2. .... Tel fixe : ..... Port : .....

## AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MEDECIN TRAITANT : Nom – Prénom ..... Tel : .....

AUTRES PERSONNES (famille,...) :

Nom – Prénom : .....

Tel : .....

Lien avec l'enfant : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant est-il à jour de ses vaccins ? OUI  NON

**Joindre la copie des pages vaccins du carnet de santé (pages des vaccins obligatoires et des vaccins recommandés).**

Toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la médecine scolaire.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Angine (souvent)  Oreillons  Scarlatine  Varicelle  Coqueluche  Rougeole  Rubéole   
Otitite (souvent)

Port de : Lunettes  Appareil dentaire  Autres (à préciser): .....

Dispositions particulières pour la garderie et le temps du midi : Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du responsable de la garderie et du restaurant scolaire avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation **et** votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

## SANTE DE L'ENFANT

**ALLERGIES ALIMENTAIRES** : OUI  A préciser : .....

**ASTHME** : OUI  **AUTRES DIFFICULTES DE SANTE** : OUI  A préciser : .....

**PAI EXISTANT** : OUI  → **Fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés sur l'école ainsi qu'au responsable de la garderie et du restaurant scolaire si nécessaire.**

**ALLERGIES MEDICAMENTEUSES** : OUI  A préciser : .....

## ASSURANCE

Nom du centre de Sécurité Sociale : ..... N° de Sécurité Sociale.....

Assurance Responsabilité Civile : Compagnie : ..... N° : .....

**Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de la Mairie de Bréançon de toute modification concernant l'état de santé de mon enfant qui pourrait intervenir en cours d'année.**

Fait le :

Signature(s) :

Les informations ne sont utilisées que pour la gestion du périscolaire ainsi que pour la restauration scolaire et conservent un caractère confidentiel.