



Les Renardeaux

BOUZONVILLE FICHE SANITAIRE PERISCOLAIRE 2022 / 2023

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRENOM : AGE :
Date de naissance : Taille : Poids :
Sexe : Féminin Masculin

RESPONSABLES LEGAUX

Père : NOM : PRENOM :
Adresse :
Code postal : Commune :
Tél Fixe : Tél portable : Tél Travail :
Email : Profession :

Mère : NOM : PRENOM :
Adresse :
Code postal : Commune :
Tél Fixe : Tél portable : Tél Travail :
Email : Profession :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Copie des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et le prénom de l'enfant.
DTP VACCINS OBLIGATOIRES (rappel tous les 5ans pour les mineurs)
Certificat de vaccinations à jour obligatoire si le carnet de santé ne peut être présenté.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ? (allergies alimentaire / médicamenteuse, asthme, épilepsie, autres...)
 oui non

Si OUI précisez :

Et joindre le projet d'accueil individualisé.

Pour tous traitements médicaux à suivre, joindre impérativement l'ordonnance s'y rapportant ainsi que les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge spécifique (Auxiliaire de Vie Scolaire et / ou Agent d'Intégration Handicap) * : oui non

Renseignement du médecin traitant

NOM.....Tél

(*) Il est indispensable de prendre rendez-vous avec le responsable du périscolaire

RECOMMANDATIONS UTILES :

Indiquer **les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives etc....

.....
.....

REGIMES ALIMENTAIRES SPECIFIQUES / PARTICULIERS :

Sans porc : oui non **Sans viande :** oui non

Autres précisez :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

L'enfant sait-il nager : oui non

Piscine autorisée : oui non

AUTORISATIONS

→ J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités : oui non

→ Pendant les activités, j'autorise le personnel du périscolaire à filmer et/ou photographier mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives : oui non

→ J'autorise l'utilisation de ces supports pour la promotion et l'information du périscolaire oui non
Notamment sur la page Facebook du périscolaire

→ J'autorise le transport de mon enfant si besoin (déplacement cantine, activités...) oui non

EN CAS D'HOSPITALISATION :

Je soussigné (e),

Responsable légal de l'enfant, **DECLARE EXACTS**, les renseignements portés sur cette fiche et **AUTORISE** le Responsable de la Structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

EN CAS DE DESACCORD, MERCI DE NOUS ADRESSER UN COURRIER RECOMMANDE.

Noms Prénoms Personne à contacter en cas d'urgence (autres que les Responsables légaux)	Téléphone	Personne autorisée à récupérer l'enfant		Lien de rapport à l'enfant
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	

 **Les personnes autorisées à venir récupérer l'enfant devront présenter leur carte d'identité**

Fait à Bouzonville, le

Signature du responsable :

