



FICHE SANITAIRE

Selon le CERFA N°10008*02 du Ministère
de la Jeunesse et des Sports
Code de l'Action Sociale et des Familles

PHOTO

École Maternelle Les Fougères La Fontaine Thiers Autre
Primaire Les Fougères La Fontaine Thiers

Année

Inscription Périscolaire Accueil de loisirs Séjour Classe

ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le / / à Sexe F M

Régime alimentaire : Classique Végétarien

FAMILLE

RESPONSABLE 1 Mme M Lien de parenté

Nom Prénom

E-mail

Adresse

C.P Ville

Tél. domicile Tél. mobile

Assurance N° de police

Numéro de la compagnie

RESPONSABLE 2 Mme M

Nom Prénom

Domicile

Tél. domicile Tél. mobile

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Prévenir en cas d'urgence



EN CAS DE PARTICIPATION À UN SÉJOUR

Taille (hauteur en cm) cm Poids Pointure Groupe Sanguin

Photocopie des vaccins du carnet de santé obligatoire

Date du dernier DT Polio :

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ? oui non

Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation CMU en cours de validité pendant toute la durée du séjour.

MALADIES ET ALLERGIES

MÉDECIN TRAITANT

Nom

Tél.

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Mise en place d'un PAI : non / oui Nature du PAI :

L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques : non / oui

MALADIES

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (rayer si non)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Asthme	Rougeole	Oreillons

ALLERGIES

Allergie médicamenteuse	Allergie alimentaire	Autres
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	Précisez :

Précisez ci-dessous la conduite à tenir pour les allergies (si automédication le signaler) :

AUTRE

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez ci-dessous :

AUTORISATIONS DIVERSES

Photos	Maquillage	Baignade	Activités physiques
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Je soussigné, _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : / / Signature :