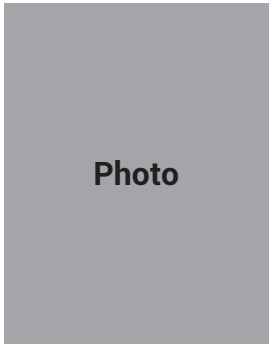




Fiche sanitaire

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



École Classe Année

Périscolaire ALSH

Enfant

Nom

Prénom

Né(e) le / / à Sexe F M

Régime alimentaire :

Famille

Responsable 1 Mme M

Nom Prénom

E-mail

Adresse

C.P Ville

Tél. domicile Tél. mobile

Assurance N° de police

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

Enfant autorisé à partir seul : non / oui à ___h__



Vaccinations

Photocopie des vaccins du carnet de santé obligatoire

Date du dernier DT Polio :

Maladies et allergies

Médecin traitant

Nom

Tél.

Projet d'Accueil Individualisé

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.

Utilisation des données personnelles

Date : / / Signature :