



# FICHE SANITAIRE 2017- 2018

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

## PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en cas d'urgence   
 Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant   
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en cas d'urgence   
 Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant   
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en cas d'urgence   
 Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant   
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

## FICHE DE RESERVATION

***Veillez cocher les activités/accueils souhaités***

**GARDERIE** (de 7h30 à 9h30 et de 16h30 à 18h45) **matin**  **et/ou Soir**   
 (12h00 à 13h00) **mercredi midi**

**CANTINE**

**TEMPS d'ACTIVIES PERISCOLAIRES** (les vendredis de 13 h30 à 16 h 30)

**CENTRE DE LOISIRS** (les mercredis de 12h00 à 18h 45)

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT polio</b>				Autres (préciser)	
<b>Ou Tétracoq</b>					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

**si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

J'autorise les encadrants du temps périscolaires et extraordinaires à donner le traitement à mon enfant : **Oui** **Non**

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	Rhumatisme articulaire aigü <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	