

Cadre réservé au service : ☐ Groupe Scolaire Samuel PATY *Anciennement Ecole du Centre* ☐ Groupe Scolaire Simone VEIL *Anciennement Ecole des Violettes* ☐ Groupe Scolaire Arnaud BELTRAME *Anciennement Ecole Grands-Champs*

INFORMATIONS SUR L'ENFANT



NOM: & PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : .

☐ GARÇON ☐ FILLE

PHOTO RÉCENTE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant, à l'école, au centre de loisirs et à la cantine. En cas de modification sur les renseignements indiqués sur cette fiche, il est impératif de contacter le Pôle Education, afin de remplir une nouvelle fiche sanitaire de liaison.

VACCINATIONS



VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		BCG	
Poliomyélite		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

(joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est-il en place ?	☐ OUI	☐ NON
Suit-il un traitement médical régulier ?	☐ OUI	☐ NON
Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, troubles du comportement, antécédents d'accidents ...)	☐ OUI	☐ NON
A-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?	☐ OUI	☐ NON
Allergie alimentaire	☐ OUI	☐ NON
Allergie médicamenteuse	☐ OUI	☐ NON
Autres allergies	☐ OUI	☐ NON
Asthme	☐ OUI	☐ NON
Diabète	☐ OUI	☐ NON
Epilepsie	☐ OUI	☐ NON
Autres	☐ OUI	☐ NON

Si au moins l'une des cases «oui» est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI). Ce document est à demander au Pôle Education de la Mairie. Vous devez également contacter votre médecin traitant afin qu'il rédige un certificat médical. Aucun médicament ne sera donné à votre enfant, sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS UTILES



L'enfant mange du porc	☐ OUI	☐ NON
L'enfant porte des lunettes	☐ OUI	☐ NON

L'enfant a un appareil dentaire	☐ OUI	☐ NON
L'enfant a un appareil auditif	☐ OUI	☐ NON

NOM du médecin traitant :	Téléphone :
---------------------------	-------------

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT



Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Père / Mère / Autre (Précisez) :	Père / Mère / Autre (Précisez) :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone travail :	Téléphone travail :

CONTACTS AUTRES QUE LES PARENTS



Nom :	Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :	
☐ A appeler d'urgence	
Téléphone :	Portable :
☐ Autorisé (e) à récupérer l'enfant	
Nom :	Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :	
☐ A appeler d'urgence	
Téléphone :	Portable :
☐ Autorisé (e) à récupérer l'enfant	

SIGNATURE DU RESPONSABLE 1

Je soussigné (e), _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure (école ou centre de loisirs) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de sante de l'enfant (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : _____

Signature :

SIGNATURE DU RESPONSABLE 2

Je soussigné (e) _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure (école ou centre de loisirs) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : _____

Signature :