

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

INFORMATIONS SUR L'ADOLESCENT



NOM & PRÉNOM :

Classe :

DATE DE NAISSANCE :

☐ GARÇON ☐ FILLE

PHOTO RÉCENTE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant. 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



pour les enfants nés à partir de 2023

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite*		Tuberculose	
Hépatite B*		Varicelle	
Infections invasives à pneumocoque*		Grippe	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B*		Zona	
Méningocoque de sérogroupe C*		Infections à papillomavirus humains	
Rougeole - Oreillons - Rubéole*		Rotavirus	

(joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

*vaccins obligatoires pour les enfants nés avant 2018

*vaccins obligatoires pour les enfants nés entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018

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'adolescent, 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'adolescent mange du porc	☐ OUI	☐ NON	L'adolescent a un appareil dentaire	☐ OUI	☐ NON
L'adolescent porte des lunettes	☐ OUI	☐ NON	L'adolescent 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 :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Père / Mère / Autre (Précisez) :	Père / Mère / Autre (Précisez) :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :

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 santé 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 :