

ACCUEILS DE LOISIRS ARC EN CIEL et LES PETITES FRICHES

FICHE SANITAIRE 2021/ 2022

*CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES DE L’ENFANT ; ELLE RESTE STRICTEMENT CONFIDENTIELLE.*

**1 - ENFANT**

Nom : …………………………………………………………………… Prénom :……………:…………………………………………….

Fille □ Garçon □

Date de Naissance : ……………………………………………… Lieu :……………………………………………………………......

**2 – VACCINATIONS** *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l’enfant).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Dates derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| DT Polio |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétracoq |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Diphtérie |  |  |  | Autre (préciser) |  |
| Tétanos |  |  |  | Autre |  |
| Poliomélyte |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |
| Coqueluche |  |  |  |  |  |

Si l’enfant n’a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention**: le vaccin antitétanique ne présente aucune contre –indication.

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L’ENFANT**

Rappel : la direction et les animateurs ne sont pas habilités à donner des médicaments aux enfants **sans justificatif médical.**

• L’enfant suit-il un traitement médical? OUI □ NON □

Si OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d’origine, marquée au nom de l’enfant avec la notice).

L’enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole**OUI □ NON □ | **Varicelle**OUI □ NON □ | **Angine**OUI □ NON □ | **Rhumatisme articulaire aigu**OUI □ NON □ | **Scarlatine**OUI □ NON □ |
| **Coqueluche**OUI □ NON □ | **Otite**OUI □ NON □ | **Rougeole**OUI □ NON □ | **Oreillons**OUI □ NON □ |  |

• **Allergies***(si OUI préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir)*:

• asthme :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

• alimentaire : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

• médicamenteuses : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

• autres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

En cas de suivi médical spécial (traitement de fond, pathologie particulière) ou en cas d’allergies alimentaires, les **parents doivent obligatoirement demander au service périscolaire un dossier de Projet d’Accueil Individualisé (PAI) à compléter**, et se mettre en relation avec le personnel des services concernés.

• **Indiquez ci-dessous les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation…), en précisant les dates et les précautions à prendre:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

• Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil dentaire?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

•Votre enfant mange-t-il du porc? OUI □ NON □

**5 – RESPONSABLES DE L’ENFANT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable légal** | **Conjoint** |
| Nom ……………………………………………………………………………Prénom ………………………………………………………………………. | Nom …………………………………………………………………………..Prénom ……………………………………………………………………… |
| Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| C:\Users\affairescolaire\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\SVH0S1VW\1024px-Emblem_phone.svg[1].png TéléphonesDomicile ………………………………………………………………………Portable ……………………………………………………………………...Travail …………………………………………………………………………. | C:\Users\affairescolaire\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\SVH0S1VW\1024px-Emblem_phone.svg[1].png TéléphonesDomicile ………………………………………………………………………Portable ……………………………………………………………………...Travail …………………………………………………………………………. |

![C:\Users\affairescolaire\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\SVH0S1VW\1024px-Emblem_phone.svg[1].png]()**Médecin traitant** - **Nom** ……………………………………………………………….. …………………………………………………………

Je soussigné ………………………………………………………………………………., responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Fait à …………………………………………………………………… Le ………………………………………….. Signature