

ACCUEILS DE LOISIRS ARC EN CIEL et LES PETITES FRICHES

FICHE SANITAIRE 2023/ 2024

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 | |
| Poliomyélite | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

• **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 les modalités d'accueil pour un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, 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 | Nom |
| Prénom | Prénom |
| Adresse | Adresse |
| | |
|  Téléphones |  Téléphones |
| Domicile | Domicile |
| Portable | Portable |
| Travail | Travail |

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