**FICHE SANITAIRE**

#### SERVICES PERISCOLAIRES SIVOM-HERMERAY-RAIZEUX

**Année Scolaire 2017-2018**

### Etat Civil de l’enfant

Nom : Prénom : Sexe : F  M 

Date de naissance :

Lieu de naissance …………….……………………………

Age: Ecole fréquentée : Hermeray Raizeux 

Classe :

Nationalité : française

**N° allocataire CAF** : *(****Obligatoire****, si vous en avez un - merci)*

### Renseignements sur les Parents

|  |  |
| --- | --- |
| **Représentant légal** | Représentant  |
| **Nom et prénom** :  | **Nom et prénom** : |
| Situation de famille :  | Situation de famille : |
| Adresse : Adresse mail :  | Adresse :Adresse mail : |
| Tél. (obligatoire) : Liste rouge : ❑ oui ❑ non Portable : | Tél. (obligatoire) : Liste rouge : ❑ oui ❑ nonPortable : |
| Profession :  | Profession : |
| Tél. professionnel :  | Tél. professionnel :Coordonnées employeur *(nom – adresse)* |
| Personnes à contacter autre que les parents Nom Adresse : Téléphone : | **en cas de retard ou d’urgence**NomAdresse :Téléphone : |
| Personnes susceptibles de reprendre l’enfant si ce Nom :Adresse :Téléphone  | **n’est pas l’un des parents**Nom :Adresse :Téléphone  |

***Tous les renseignements demandés dans le tableau ci-dessus nous sont indispensables. Merci de tout compléter.***

**Médecin traitant** *(nom)* : Tél. :

Adresse :

## Renseignements médicaux concernant l’enfant (Merci de nous indiquer tout changement)

L’enfant suit-il un traitement médical à donner dans la journée : oui non 

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marqués au nom de l’enfant avec la notice et indiquer la posologie)

# Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

**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 |  |
| ou DT Polio |  |  |  | Autres (préciser |  |
| ou Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

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

**Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladie** | **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** | **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aïgu** |
| Oui |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Non |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Merci de cocher les cases

**Allergies**  Asthme : oui  non  Médicamenteuses : oui  non 

 Alimentaires : oui  non  Autres (préciser) : ……………………

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

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

### Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires…. Préciser

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

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

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

**Photos**

 acceptent la diffusion des photos de nos enfants dans le journal communal et l'affichage dans les écoles de Raizeux et d'Hermeray et sur le site du SIVOM.

 refusent la diffusion et l'affichage des photos de nos enfants

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

le

Signature du représentant légal

**PIECES A FOURNIR :**

Pour un P.A.I une photo de votre enfant