



### Votre Enfant

Nom  Prénom  Sexe: Fille  Garçon

Date de naissance  Lieu de naissance

Établissement scolaire  Niveau scolaire

### Représentant légal 1

Nom  T° personnel fixe

Prénom  T° personnel portable

### Représentant légal 2

Nom  T° personnel fixe

Prénom  T° personnel portable

## Médical

### Renseignements médicaux et recommandations utiles des Parents pour l'encadrement de l'enfant

#### Votre enfant souffre t'il

Allergie alimentaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Précisez <input type="text"/>
Intolérance alimentaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Précisez <input type="text"/>
Problèmes respiratoires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Précisez <input type="text"/>
Allergie médicamenteuse	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Précisez <input type="text"/>
Allergie autre (maquillage, etc.)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Précisez <input type="text"/>
Autres problèmes de santé	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Précisez <input type="text"/>

Votre enfant a une notification MDPH ?  oui  non

Votre enfant bénéficie de l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) ?  oui  non

Votre enfant a t'il un Projet d'Accueil Individuel (P.A.I.) validé ?  oui  non

Ce P.A.I. prévoit une éviction alimentaire  oui  non précisez

Ce P.A.I. prévoit un panier repas validé par la ville ?  oui  non

### Divers

Précisez toutes autres informations utiles (port de lunettes, lentilles, appareillage dentaire, etc.)

Précisez les antécédents médicaux importants ou traitement en cours

Aucun traitement ne pourra être pris par l'enfant sans la réalisation préalable d'un Projet d'Accueil Individualisé définissant la posologie et les temps de prise.

## Vaccinations

Les vaccinations de l'enfant sont-elles à jour ?

oui  non

### Attention :

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par l'un des vaccins obligatoires.

D + T + C + Polio obligatoire pour tous les enfants

Date du dernier vaccin :  /  /

PNEUMOCOQUE obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018

Date du dernier vaccin :  /  /

MÉNINGOCOQUE obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018

Date du dernier vaccin :  /  /

R + O + R obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018

Date du dernier vaccin :  /  /

## Médecin traitant

Nom du médecin traitant

Téléphone

## Autorisations Parentales

DÉCHARGEANT LA VILLE ET LE PERSONNEL MUNICIPAL DE TOUTE RESPONSABILITÉ (Valable pour l'ensemble des activités municipales)

Par principe le père et la mère exercent conjointement l'autorité parentale, sauf dans le cas d'une décision de justice. En l'absence d'information communiquée (copie d'un acte judiciaire : la partie du jugement de divorce ou de séparation précisant les modalités de garde de l'enfant, déclaration conjointe ou acte de communauté de vie), les deux parents exercent les mêmes droits, notamment en ce qui concerne la garde de l'enfant.

Madame et/ou Monsieur (responsable légal ou tuteur)

de l'Enfant  donne(nt) les autorisations de soins qui suivent :

J' AUTORISE le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant, y compris appeler les secours, si nécessaire.

J' AUTORISE les secours à organiser un trajet jusqu'à l'hôpital, si nécessaire.

J' AUTORISE l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant (Les représentants légaux seront prévenus dans les plus brefs délais).

JE DEMANDE au personnel de la structure, en cas de maladie de mon enfant, selon un P.A.I., d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments (dans leur boîte d'origine) prescrits par son médecin traitant suivant l'original de l'ordonnance de prescription (à fournir au responsable de l'équipe encadrante).

Fiche SANITAIRE complétée le  /  /  lu et approuvé,

Je m'engage à signaler aux services toutes modifications relatives aux informations portées sur cette fiche sanitaire.

Faisant office de signature manuscrite,  
Nom et Prénom du représentant légal :