

FICHE SANITAIRE 2018

Ce document va nous permettre de remettre à jour les dossiers de vos enfants qui sont enregistrés sur le site de cantine de France. Il permet également de délivrer aux animateurs/intervenants les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

École :

1 – Responsable de l'enfant

Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Portable :

Travail :

Nom de l'employeur :

Père

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Portable :

Travail :

Nom de l'employeur :

2 – Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom : Nom : Nom :

Prénom : Prénom : Prénom :

Tél : tél : tél :

Si c'est le cas, personne non autorisée à venir chercher mon enfant (Attention : cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice) :

3 – Mon enfant peut-il partir seul

Mon enfant peut-il partir seul à la fin des TAP (si fin à 16h30) : OUI NON

De l'accueil de loisirs : OUI NON

4 – Renseignements concernant l'enfant

Compagnie d'assurance scolaire :

N° de contrat :

L'enfant présente-t-il une **allergie alimentaire** ? OUI NON

Si OUI, à quoi est-il allergique ?

Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ? OUI NON

Si NON, joindre **un certificat médical**

Votre enfant possède-t-il une **autre maladie** nécessitant la prise de médicaments tous les jours ou en urgence sur le temps scolaire ou de l'ALSH ? (Ceci ne concerne pas la prise occasionnelle de médicaments) OUI NON

Le médecin vous a-t-il prescrit une trousse d'urgence pour cette maladie ?

OUI NON

L'enfant présente-t-il un **handicap** ? OUI NON

Cela nécessite-t-il des mesures particulières ? OUI NON

Votre enfant est-il accompagné(e) par un(e) accompagnant(e) des élèves en situation de handicap (**AESH**) sur le temps scolaire ? OUI NON

Si NON, une demande d'AESH est-elle en cours ? OUI NON

L'enfant bénéficie-t-il déjà d'un **PAI** (projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

(si PAI, merci de prendre RDV avec la directrice de l'ALSH et de transmettre un exemplaire de la prise en charge)

5 – Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

6 – Informations complémentaires

Mon enfant porte :

- Des lentilles : OUI NON
- Des lunettes : OUI NON (au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant)

Autres recommandations, précisez :

.....
.....

7 – Eviction alimentaire

Mon enfant ne mange : pas de viande de porc pas de viande

8 – Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités des TAP : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux activités de l'ALSH : OUI NON

J'autorise le transport de mon enfant en bus dans le cadre des activités/sorties : OUI NON

9 – Droit à l'image, à l'écriture et au son

Je soussigné(e)

autorise n'autorise pas la prise de vue ainsi que la publication d'image, du nom et de la voix de mon enfant.

autorise n'autorise pas mon enfant à apparaître en photo sur la page Facebook (Gevingey Canailles)

autorise n'autorise pas mon enfant à apparaître en photo « grimé » sur la page Facebook (Gevingey Canailles)

autorise n'autorise pas mon enfant à apparaître en photo dans la presse (ex : le journal du Progrés)

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à d » finir l'hôpital de secteur.

Fait à : le : Signature