

FICHE SANITAIRE

Photo de l'enfant
obligatoire

CADRE RÉSERVÉ A L'ACM (ne pas remplir). Merci.

Age : Tranche d'âge :

L'ENFANT :

NOM - Prénom : Sexe : F M

Date et lieu de naissance : AGE :

Adresse :

École : Avetant Dora Levi Dodeman Classe fréquentée :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Pensez à nous signaler les changements de numéro de téléphone !

Nom - Prénom

Qualité ⁽¹⁾ : père / mère / beau-père / belle-mère / tuteur / autres :

Situation familiale ⁽¹⁾ : marié(e) / pacsé(e) / concubin(e) / célibataire / divorcé(e) / célibataire / veuf(ve)

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. (indispensable) - domicile : portable : travail :

Courriel :

Régime : - général ou fonctionnaire : CAF n° : Quotient familial :

- agricole MSA n°

- autres :

N° sécurité sociale :

Profession : Nom et adresse de l'employeur :

2^e PARENT

Nom - Prénom

Qualité ⁽¹⁾ : père - mère / beau-père / belle-mère / tuteur / autres :

Adresse* (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. (indispensable) - domicile : travail : portable :

Courriel : N° sécurité sociale :

Profession : Nom et adresse de l'employeur :

PERSONNE À CONTACTER en cas de problème (si différente du responsable légal) :

Nom - Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Tél. (indispensable) - domicile : portable : travail :

TUTELLE Si la famille est placée sous tutelle, merci de préciser le nom et adresse du tuteur :

Tél. : Courriel :

FAMILLE D'ACCUEIL Si l'enfant est placé dans une famille d'accueil, préciser le nom et adresse de l'assistant familial

Tél. : Courriel :

SANTÉ DE L'ENFANT :

MÉDECIN TRAITANT : Nom - Prénom Tél.

L'enfant peut-il bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) ? oui non

Si oui, merci de nous joindre le justificatif.

Groupe sanguin : Rhésus : positif négatif

VACCINATIONS : dates du dernier rappel :

Méningite Hépatite B

DT Polio ou Tétracoq Rubéole - Oreillons - Rougeole (ROR ou Infantix)

AUTRE (à préciser)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

(joindre un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'est pas immunisé par les vaccins obligatoires. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.)

L'enfant suit-il un traitement à long terme : oui depuis quand : non

Si oui, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament au nom de l'enfant avec notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance récente.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui non Varicelle : .. oui non Rougeole : oui non

Coqueluche : oui non Scarlatine : oui non Rhumatisme articulaire : oui non

Oreillons : oui non

L'enfant a-t-il les allergies suivantes :

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non Alimentaires : oui non

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation)

Recommandations utiles des parents :

(préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...)

Le responsable légal de l'enfant, déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et notamment en cas d'accident. Les parents en seront immédiatement informés.

Fait à le

Signature du ou des responsables de l'enfant,

Il est important de fournir tous les justificatifs nécessaires sur la santé de votre enfant (photocopie du carnet de santé).

AUTORISATION PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS SPORTIVES

Je soussigné M certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la vie collective et qu'il est apte à la pratique des activités proposées par la Ville, à savoir :

- **activités nautiques**... oui non (*pour les enfants de + de 9 ans, joindre une copie du brevet de natation*),
- **activités sportives et de plein air proposées par la Ville**... oui non (*si non, joindre un certificat médical de contre-indication à la pratique sportive*).

Fait à le

Signature