

# FICHE SANITAIRE

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

Age : ..... Tranche d'âge : .....

Photo de l'enfant  
obligatoire

## 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 <sup>(1)</sup> : père / mère / beau-père / belle-mère / tuteur / autres : .....

Situation familiale <sup>(1)</sup> : 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<sup>e</sup> PARENT

Nom - Prénom .....

Qualité <sup>(1)</sup> : 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*