



# FICHE SANITAIRE

Selon le CERFA N°10008\*02 du Ministère de la Jeunesse et des Sports  
Code de l'Action Sociale et des Familles

PHOTO

**École** Maternelle  Les Fougères  La Fontaine  Thiers  Autre  
Primaire  Les Fougères  La Fontaine  Thiers

Année .....

**Inscription**  Périscolaire  Accueil de loisirs  Séjour Classe .....

## ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le  /  /  à  Sexe F  M

Régime alimentaire :  Classique  Végétarien

## FAMILLE

**RESPONSABLE 1**  Mme  M Lien de parenté

Nom  Prénom

E-mail

Adresse

C.P  Ville

Tél. domicile  Tél. mobile

Assurance  N° de police

Numéro de la compagnie

**RESPONSABLE 2**  Mme  M

Nom  Prénom

Domicile

Tél. domicile  Tél. mobile

## PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Prévenir en cas d'urgence

## EN CAS DE PARTICIPATION À UN SÉJOUR

Taille (hauteur en cm)    cm Poids    Pointure   Groupe Sanguin

Photocopie des vaccins du carnet de santé obligatoire

Date du dernier DT Polio :

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?  oui  non

Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation CMU en cours de validité pendant toute la durée du séjour.

## MALADIES ET ALLERGIES

### MÉDECIN TRAITANT

Nom

Tél.

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Mise en place d'un PAI :  non /  oui Nature du PAI :

L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques :  non /  oui

### MALADIES

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (rayer si non)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Asthme	Rougeole	Oreillons

### ALLERGIES

Allergie médicamenteuse	Allergie alimentaire	Autres
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	Précisez :

Précisez ci-dessous la conduite à tenir pour les allergies (si automédication le signaler) :

### AUTRE

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez ci-dessous :

## AUTORISATIONS DIVERSES

Photos	Maquillage	Baignade	Activités physiques
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :     /     /     Signature :