

FICHE SANITAIRE SERVICE PÉRISCOLAIRE

**ANNÉE SCOLAIRE
2024/2025**

L'enfant

Nom Prénom
 Sexe M ☐ F ☐
 Date de naissance Lieu de naissance
 Numéro de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché
 Nom du médecin traitant Tél. médecin
 J'autorise mon enfant à quitter seul le périscolaire : Oui ☐ Non ☐

Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant (joindre une photocopie des vaccins). Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI ☐ NON ☐

Si oui, lors de sa venue à l'accueil de loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres)

Type d'allergie/précision sur l'allergie	Conduites à tenir

Pratiques alimentaires / allergènes (cocher une seule case)

Sans viande ☐ Sans porc ☐ Sans moutarde* ☐
 Sans poisson* ☐ Sans crustacés* ☐ Sans fruits à coques* ☐

* Fournir un justificatif médical

Les difficultés de l'enfant et les précautions à prendre (maladie, traitement, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de prothèses auditives, dentaires...)

Mise en place d'un PAI : OUI ☐ NON ☐ (si oui, transmettre les documents correspondants)

Enfant reconnu MDPH : OUI ☐ NON ☐ (si oui, transmettre les documents correspondants)

L'enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? OUI ☐ NON ☐

Difficultés de santé rencontrées	Dates	Précautions à prendre

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant autorise l'équipe de direction à :

- autorise mon enfant à participer aux activités du Service Périscolaire durant l'année 2024/2025 ;
- je certifie que les vaccinations sont à jour, que leur état de santé permet la vie en collectivité et la pratique des activités proposées ;
- je certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions et d'annulations ;
- pratiquer les soins nécessaires ;
- faire pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux jugés indispensables par le corps médical, à l'hôpital le plus proche.

Selon l'article R4127-42 du code de la santé publique, « en cas d'urgence, même si ses représentants légaux ne peuvent pas être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. »

- déclare sur l'honneur que mon enfant bénéficie d'une assurance responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers et couvrant les activités péri et extrascolaires
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »