Saint-Paul
Trois-Châteaux

FICHE SANITAIRE ENFANT

Nom de l'enfant : .....Prénom : …….....
Date de naissance : ...../ ...../..... Situation familiale des parents : □ Marié □ Concubinage ou pacs □ séparé □ divorcé, veuf-ve
Mail des parents : ……... Téléphone des parents : ……..

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : …….
Allergies médicamenteuses : □ oui □ non
Si oui lesquelles.....
Autres allergies (insectes, plantes, pollen…) : □ Oui □ Non
Si oui (préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs) :.....
……..

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires.. ?) à préciser :----------
---

Vaccins à jour : □ oui □ non (joindre un certificat de contre-indication vaccinale)

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) ……..
agissant en qualité de □ père □ mère □ tuteur ou tutrice de (nom et prénom de l'enfant) ……né(e) le…… Autorise le personnel à le (la) transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté ainsi que de lui donner, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état.

Présence d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).

Votre enfant a-t-il un PAI : □ Oui □ Non

Précisez la nature du PAI

Joindre une copie du PAI à la fiche sanitaire. E**n cas d'allergie alimentaire** (*fournir le panier repas de votre enfant, pour la restauration scolaire et le centre de loisirs*)**.**

Fait à	Mise à jour	Mise à jour
Le	Le	Le
Signature	Signature	Signature

Durée de validité de la fiche : 3 ans à compter de la 1ère signature et sous réserve des 2 mises à jour annuelles.