



## FICHE SANTE 2020 / 2021

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Ecole (2020/2021) : ..... Niveau (2020/2021) : .....

Régime alimentaire :  standard  sans viande

Renseignement concernant la santé de l'enfant

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

N°TELEPHONE ..... ou .....

VACCINATION : Date du dernier rappel DT Polio : .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : ..... N°TELEPHONE .....

• **Son état de santé nécessite des aménagements dans les activités physiques :**  OUI  NON

Si oui, lesquels ? .....

• Recommandations particulières :  
.....

**ALLERGIE :**  Médicamenteuse à .....  
 Alimentaire à .....  
*Produire un certificat médical autorisant la fréquentation de la restauration collective avec éviction simple*  
 Autres .....

**ASTHME**

**AUTRES PATHOLOGIES :** .....

### REPONDRE OBLIGATOIREMENT AUX QUESTIONS CI-DESSOUS

• **Un Protocole d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place sur le temps scolaire ?**

OUI  NON *Si oui, merci de joindre une copie de ce document*

• **Votre enfant a-t-il un traitement médical à administrer sur les temps d'accueil ?**

OUI  NON *Si oui, joindre une copie de l'ordonnance médicale avec le traitement étiqueté au nom de l'enfant*

**Suivant le type d'allergie ou de pathologie, les modalités d'accueil seront organisées à l'aide d'un document à signer AVANT l'admission de votre enfant.**

**Le service vous contactera afin d'établir les documents nécessaires.**

### Autorisation parentale obligatoire de soigner, d'opérer l'enfant

*En cas d'accident grave, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation*

Je soussigné(e) : Nom ..... Prénom : ..... Représentant légal donne l'autorisation de soigner, d'opérer l'enfant : Nom : ..... Prénom ..... et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Date : .....

Signature :