



FICHE SANTE 2019 / 2020

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Ecole (2019/2020) : Niveau (2019/2020) :

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 :

REPENDRE 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 :