



## 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.....  
 Autres .....

ASTHME

AUTRES PATHOLOGIES :.....

• 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 :