

FICHE SANITAIRE ENFANCE

Jun 2024 - Jun 2025

(une fiche à remplir par enfant)

Cocher la tranche d'âge concernée : 3-5 ans 6-8 ans 9-11 ans

ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse : Commune :

Date et lieu de naissance : Âge :

Établissement scolaire : Classe :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

| Responsable 1 | Responsable 2 |
|--|---|
| Nom : | Nom : |
| Qualité : <small>(père, mère, famille d'accueil ...)</small> | Qualité : <small>(père, mère, famille d'accueil ...)</small> |
| Prénom : | Prénom : |
| Portable : | Portable : |
| Téléphone domicile : | Téléphone domicile : |
| Téléphone travail : | Téléphone travail : |
| Adresse : | Adresse : |
| Mail : | Mail : |
| Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre..... | |
| Mode de garde de l'enfant : <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Alternée | |
| Observation : si l'enfant vit chez un tiers, précisez sa qualité et ses coordonnées (tuteur, famille d'accueil...) | |

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISER A RÉCUPÉRER L'ENFANT

| | Contact 1 | Contact 2 | Contact 3 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Nom - Prénom | | | |
| Lien parenté | | | |
|  | | | |
|  | | | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : Téléphone :

Vaccin obligatoire : DT POLIO : OUI NON

Photocopie à joindre obligatoirement

Date du dernier rappel :

ALLERGIES

Asthme

Allergie alimentaire

Allergie médicamenteuse

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, asthme), en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) OUI NON

.....

Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) OUI NON

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, etc :

.....

AUTORISATION PARENTALES

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| J'autorise mon enfant à rentrer seul (mercredis et vacances à partir de 17h, 12h ou 13h30) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et à les diffuser au sein de la structure. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| J'autorise le service à diffuser les photos de mon enfant sur le site internet de Questembert Communauté. Les photos peuvent être utilisées sur nos pages de réseaux sociaux, nos supports papier de communication (bulletins d'information, plaquettes, affiches...) pour une durée de 10 ans. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| J'autorise mon enfant à utiliser les transports (bus, minibus) pour des activités spécifiques. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| J'autorise les personnels à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale et a le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche. Les personnels contacteront les personnes autorisées dans les meilleurs délais. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e).....responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à.....Le.....

Signature du représentant légal



Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.
Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser aux services de Questembert communauté