

Fiche enfant - recommandations sanitaires

Enfant

Nom _____	Prénom _____	Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Né(e) le ____ / ____ / _____	Âge ____ ans	Ecole	_____	
Portable _____	E-mail _____	Classe	_____	
N° Sécu. Sociale _____	Nom de l'allocataire CPS : _____			

Entourage proche

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	E-mail	Lien avec l'enfant	Habileté
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Informations médicales, observations spéciales

Médecin traitant _____	tél : _____	
Rentre seul <input type="checkbox"/>	à partir de ____ h ____ jusqu'à ____ h ____	
Observations _____		
L'enfant fait-t-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Votre enfant a un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Votre enfant est-il accompagné par un AESH		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Allergies connues		
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Penicilline	
L'enfant a eu les maladies suivantes		
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oreillons
<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Varicelle
L'enfant porte :		
<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> des lentilles	<input type="checkbox"/> des lunettes
<input type="checkbox"/> des prothèses auditives	<input type="checkbox"/> des prothèses dentaires	
Vaccinations effectuées		
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> DT polio	<input type="checkbox"/> Hépatite B
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/> Tétanos
<input type="checkbox"/> Tétracoq		
Envoi de facture par mail		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Droit à l'image		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Autorisation de baignade		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Je soussigné(e) responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.