

**FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE**

CETTE FICHE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LES PARENTS. ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS NECESSAIRES A L’ACCUEIL DE CHAQUE ENFANT.

**1- RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT**

Nom de l’enfant :

Prénom de l’enfant :

Date de naissance : / / Sexe : M  F 

Poids de l'enfant à la date d'inscription :

Taille de l'enfant à la date d'inscription :

**2– VACCINATIONS OBLIGATOIRES** : Joindre une copie des pages de vaccinations ou une attestation de vaccination à jour du médecin.

**3– RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT**

L'enfant suit il un traitement médical? : oui  non 

Si oui, remplir les lignes ci-dessous et joindre l’ordonnance du médecin stipulant ses prescriptions et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant) :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable légal(e) autorise l’assistant sanitaire de la structure à donner le traitement médical à mon enfant conformément à l’ordonnance du médecin traitant.

AUCUN MEDICAMENT NE SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

Votre enfant est allergique ? oui  non 

Si oui, préciser l’allergie, médicamenteuse, alimentaire, asthme :

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

Votre enfant bénéficie d’un Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) ? oui  non 

* si oui et si vous le souhaitez, joindre le protocole.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant a t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui  non  ; Varicelle : oui  non  ; Angines : oui  non  ; Scarlatine : oui  non 

Coqueluche : oui  non ; Otites : oui  non  ; Rougeoles oui  non  ; Oreillons : oui  non 

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte t-il des lunettes  lentilles de contact  appareil dentaire  prothèses auditives  autre(précisez)

Votre enfant mouille t-il son lit ? non  oui occasionnellement 

S'il s'agit d'une fille, est elle réglée ? non  oui 

Autres informations que vous souhaitez apporter et que vous jugez utiles pour l'accueil de votre enfant :

**5– ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP**

Votre enfant a t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui  non 

* si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ? 

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d’un établissement spécialisé ? oui  non 

si oui, lequel ?

**6- AUTORISATION DE TRANSPORT**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, donne l’autorisation à l'Association La Gerbe, de transporter mon enfant si cela est nécessaire.

**7- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRÉNOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESSE

Numéros de téléphone:

Mère: portable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Père: portable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et donne l'autorisation au responsable de l'accueil ou au service médical, à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

N° de sécurité sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (joindre l'attestation de prise en charge de la Sécurité Sociale)

Fait à Montpellier le, Signature