



LA GERBE

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

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

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 obligatoires** ou une attestation de vaccination à jour du médecin.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

Votre 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-il 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-t-il 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 :

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - PERSONNE 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