



NOM : _____

ANNÉE
2019 – 2020

Prénom : _____

FICHE SANITAIRE

I – IDENTITÉ DE L'ENFANT

Date de naissance :/...../..... Lieu :

Adresse :

N° : Rue/Avenue.....

Code postal : VILLE :

N° Tél. domicile :/...../..... N° Tél. portable :/...../...../...../.....

E-mail :@.....

Ecole fréquentée par l'enfant :

III – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre le PAI

Allergies : alimentaires oui non médicamenteuses : oui non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie :

Recommandations utiles : difficultés de santé particulière et les précautions à prendre, port de lunettes/lentilles/prothèses auditives ou dentaires etc....

.....
.....
.....
.....
.....

VI – DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Pour être admis aux temps d'accueil périscolaires, cette déclaration doit être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.

Je soussigné(é)

.....
.....

Père – Mère – Tuteur (1) de l'enfant :

.....

CERTIFIE que mon enfant est à jour de ses vaccinations

AUTORISE le responsable des temps périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant à l'hôpital de Thonon.

A le/...../.....

Signature, suivie de la mention « lu et approuvé »

(1) Rayer la mention inutile