

L'enfant : (fiche sanitaire de renseignement)



Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Age	
Ecole	
Classe/Enseignant	
Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/> Repas protidique avec viande <input type="checkbox"/> Repas protidique sans viande <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire (PAI obligatoire) : précisez.....
L'enfant sait-il nager (plus de 25m) ?	OUI <input type="checkbox"/> (Fournir un certificat d'aisance aquatique si vous l'avez) NON <input type="checkbox"/> (vous devrez fournir un système de flottaison les jours de baignade)
Autre(s) Allergie(s)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, précisez à quoi et si nécessité de PAI :
Médecin traitant	NOM : Téléphone :
Projet Accueil Individualisé (PAI)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date de mise en place/dernier renouvellement :(fournir le document)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Rhumatisme Articulaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dates des vaccinations

DT Polio		BCG	
Dernier Rappel		Test BCG	
Coqueluche		ROR	
Hépatite B		Autre	

Prise en charge taxi/ambulance durant le temps méridien et/ou périscolaire : OUI NON

Nom de la compagnie : Téléphone :

Jour(s) et heure(s) de prise en charge :

Assurance : responsabilité civile minimum + Extrascolaire (obligatoire pour l'accueil de loisirs). Fournir une attestation en cours de validité

Nom Assureur :

N° contrat : Date d'expiration :

Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités : OUI NON

Autorise mon enfant à participer aux sorties de groupe : OUI NON

Autorise mon enfant à être transporté : OUI NON

Autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques dont la baignade : OUI NON

Autorise les organisateurs à utiliser et diffuser des photos et/ou vidéo de mon enfant respectueuse de son image : OUI NON

Je soussigné, déclare exact les renseignements portés sur la fiche d'inscription et m'engage à informer le service de toutes modifications au cours de l'année

Date : Signatures des responsables légaux + mention « lu et approuvé »