



lunel
www.lunel.com

FICHE SANITAIRE ENFANT (une fiche par enfant)

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Sexe: M F

Lieu de naissance : _____

département : _____

pays : _____

ECOLE :

CLASSE : Nom de l'enseignant :

VACCINATIONS

FOURNIR 2 COPIES DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE (au nom de l'enfant)

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

<input type="checkbox"/> ANGINE	<input type="checkbox"/> ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OTITE	<input type="checkbox"/> VARICELLE
<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> RUBÉOLE	<input type="checkbox"/> AUTRES :	
<input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> SCARLATINE		

ALLERGIES : Présence d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

OUI (à joindre à la fiche sanitaire) NON

PRÉCISEZ _____ :

ASTHME (Préciser s'il s'agit d'un asthme à l'effort ou allergique / s'il y a un traitement de fond)

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES (préciser le nom du médicament et les symptômes en cas d'ingestion)

L'enfant porte-t-il des lunettes en permanence OUI NON

(si oui pensez à une boîte pour les ranger en cas de besoin)

Nom du MEDECIN TRAITANT : _____

Téléphone : _____

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : _____ agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de (nom et prénom de l'enfant) _____ né(e) le _____

Déclare autoriser le responsable de mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence, prescrites par le médecin.

Déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées.

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

A _____, le _____
Signature

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE
ET/OU
AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT EN CHARGE**
(en dehors du ou des parents mentionnés sur le dossier).

CONTACT 1

Nom :Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...)

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone :portable.....

CONTACT 2

Nom :Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...)

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone :portable.....

CONTACT 3

Nom :Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...)

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone :portable.....

J'autorise le personnel à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état et à le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté.

Date ... /.../.....

Signature

AUTORISATION DE SORTIE

MATERNELLES :

L'enfant ne sera autorisé à sortir de l'école qu'avec les personnes indiquées ci-dessus et sur présentation de la carte d'identité. Les enfants mineurs ne sont pas autorisés à récupérer un enfant sur les temps périscolaires sauf dérogation et document à remplir auprès du personnel des temps périscolaires.

ELEMENTAIRES UNIQUEMENT :

- J'autorise mon enfant à partir seul. Je dégage la mairie de Lunel et le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité.
- NON je n'autorise pas mon enfant à partir seul.

Date ... /.../.....

Signature