



**lunel**  
www.lunel.com

## FICHE SANITAIRE ENFANT 2018/2019

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Sexe:**  M  F

**Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_

**Département :** \_\_\_\_\_

**Pays :** \_\_\_\_\_

**N° Tél parent :** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**N° Sécurité social :** \_\_\_\_\_

**N° Allocataire :** \_\_\_\_\_ **QF :** \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

FOURNIR 1 COPIE 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"/> RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> SCARLATINE
		<input type="checkbox"/> AUTRES.....	

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

NON  OUI (à joindre à la fiche sanitaire) **Date de la signature du PAI :** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

**ASTHME :**  NON  OUI

Précisez si un asthme à l'effort ou allergique / s'il y a un traitement de fond : \_\_\_\_\_

**ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES :**  NON  OUI

Précisez le nom du médicament et les symptômes en cas d'ingestion: \_\_\_\_\_

**L'enfant porte-t-il des lunettes en permanence :**  NON  OUI (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 \_\_\_\_\_.

Autorise le personnel à le (la) transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté ainsi que de lui donner, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état .

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).

\* Rayer les mentions inutiles

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.....

**AUTORISATION DE FILMER ET/OU PHOTOGRAPHER MON ENFANT**

J'autorise gracieusement la publication d'images et de vidéos de mes enfants dans la presse locale ainsi que sur les supports de communication de la Mairie.

Je n'autorise pas la publication d'images et de vidéos de mes enfants.

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

**Signature**

**AUTORISATION DE SORTIE**

J'autorise mon enfant à partir seul après l'activité. Je dégage la mairie de Lunel et le personnel de toute responsabilité.  OUI                       NON

J'autorise mon enfant à partir seul après l'activité dépassant 20H. Je dégage la mairie de Lunel et le personnel de toute responsabilité.  OUI                       NON

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

**Signature**