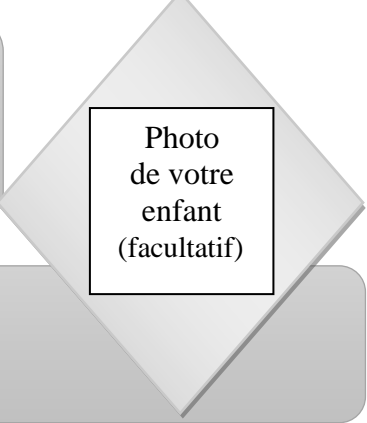


ALSH DE



Date de signature :

**FICHE SANITAIRE ENFANT ANNEE SCOLAIRE
 2019/2020**

ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : F M

Date de naissance :

Ecole (Nom et Commune) :

NIVEAU SCOLAIRE/NOM DE L'ENSEIGNANT(E) :

Si votre enfant n'est pas scolarisé à temps plein, merci de préciser les jours et les horaires de scolarisation :

.....

Votre enfant est-il suivi par une AVS ? NON OUI

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANGINE | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE |
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> RUBÉOLE |
| <input type="checkbox"/> OREILLONS | <input type="checkbox"/> SCARLATINE |
| <input type="checkbox"/> OTITE | <input type="checkbox"/> VARICELLE |
| <input type="checkbox"/> RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | <input type="checkbox"/> AUTRES : |

ALLERGIES ET/OU PAI

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir une ordonnance récente du médecin avec la posologie et les médicaments correspondants).

Présence d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

NON OUI (à joindre OBLIGATOIREMENT à la fiche sanitaire)

PRÉCISEZ :

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

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

ALIMENTAIRES (Préciser l'aliment et les symptômes en cas d'ingestion)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS Á PRENDRE.

AUTRES (ex : REGIME ALIMENTAIRE SANS PORC)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

PRÉCISEZ

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

Mon enfant :

- Sait nager NON OUI
- A obtenu l'attestation de nage libre 25 m : NON OUI (Photocopie à joindre au dossier)

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
Tél. fixe :
Tél. portable :

Je soussigné(e)....., Responsable légal de l'enfant.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A _____, le ___/___/_____

mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents