



FICHE SANTÉ 2023-2024

L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : NISS :

Adresse :

Tél. privé : Tél. travail et/ou GSM :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : TEL :

Nom : TEL :

Nom : TEL :

Personne(s) NON AUTORISÉE(S) à reprendre l'enfant :

SANTÉ

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	oui	non	Quelles précautions prendre ?		oui	non	Quelles précautions prendre ?
Diabète				Sinusite			
Maladie cardiaque				Bronchite			
Epilepsie				Saignement de nez			
Affection de la peau				Maux de tête			
Incontinence				Maux de ventre			
Maladie contagieuse				Coups de soleil			
Asthme				Constipation/diarrhée			
Allergies				Vomissements			
Autres							

Tout traitement médicamenteux fera l'objet d'une prescription médicale fournie par le médecin prescripteur. **Sans ce document, l'équipe d'encadrement ne pourra pas administrer de médicament à votre enfant.** Dans ce cas, les parents veilleront à inscrire, sur la boîte, les nom et prénom de l'enfant et la pathologie et à la remettre à la personne responsable.

L'enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos ? **OUI / NON**

Autorisez-vous l'application :

- d'un désinfectant d'une pommade pour les écorchures
 d'une pommade pour les hématomes d'un sparadrap

Autre(s) remarque(s) à formuler :

Je soussigné(e), déclare avoir pris connaissance du projet d'accueil (Règlement d'Ordre Intérieur et Projet Pédagogique) de l'accueil extrascolaire et marque mon accord avec celui-ci.

Date et signature :