



# FICHE SANITAIRE PERISCOLAIRE

(Accueils pré et post scolaire-restauration-accueils de loisirs Maternel et  
Elémentaire  
Nouvelles Activités Péricolaires)

(Valable du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 août 2017 inclus)

## ENFANT

École fréquentée : .....Classe : .....

Nom : .....Prénom : .....

Date et lieu de naissance: .....

Adresse : .....

Régime alimentaire :  standard  sans porc  PAi

## RESPONSABLES LEGAUX

### Père

Nom et prénom	
Profession	
N° de sécurité Sociale Code de gestion (figurant sur l'attestation carte vitale ex 10, 23, 29 ou 01) <i>(Mention nécessaires pour les demandes de subventions)</i>	
Numéro de téléphone portable	
Numéro de téléphone domicile	
Numéro de téléphone travail	
Adresse Email @	

### Mère

Nom et prénom	
Profession	
N° de sécurité Sociale Code de gestion (figurant sur l'attestation carte vitale ex 10, 23, 29 ou 01) <i>(Mention nécessaires pour les demandes de subventions)</i>	
Numéro de téléphone portable	
Numéro de téléphone domicile	
Numéro de téléphone travail	
Adresse Email @	

## EN L'ABSENCE DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant en charge en cas de retard.

	Nom	Prénom	Adresse	Téléphone
1				
2				
3				
4				

## Prévenir le personnel pour tout changement de coordonnées

### SANTÉ

Joindre la photocopie du carnet de santé

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq				BCG	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication**

L'enfant	oui	Si oui, précisez et indiquer la conduite à tenir	non
Suit-il un traitement médical ? (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants)			
Bénéficie-t-il d'un PAI ? (projet d'accueil individualisé)			
Fait-il l'objet d'une allergie alimentaire ? (toute allergie alimentaire ne sera prise en considération que sur présentation d'un certificat médical)			
Fait-il l'objet d'une allergie médicamenteuse ?			

**Au cours de l'année aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....

### AUTORISATION DE DIFFUSION

J'autorise  je n'autorise pas  mon enfant à être photographié dans le cadre des activités des accueils de loisirs.

J'autorise  je n'autorise pas  la photographie de mon enfant et la diffusion dans les différents médias de la ville de La Ferté Alais sous réserve du respect de son image.

J'autorise  je n'autorise pas  la diffusion des photos sur le site internet de la ville.

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

OUI

NON

Date :

Signature :