

# SANITAIRE 2020-2021

# L'ENFANT



NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NAISSANCE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_

ECOLE : \_\_\_\_\_

FILLE  GARÇON

## 1 - ADMINISTRATIF

## RESPONSABLES DE L'ENFANT

N° ALLOCATAIRE CAF OU MSA ..... Je n'ai pas de numéro d'allocataire

• NOM ..... PRÉNOM .....  
Mère  Père  Tuteur  Date de naissance : ...../...../.....

ADRESSE.....

QUARTIER : ..... CODE POSTAL .....VILLE .....

TÉL. FIXE (ou PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

Email : .....@.....

Situation professionnelle : Salariée  Demandeur d'emploi  Retraité  Autres

### **Et/ou (si différent)**

• NOM ..... PRÉNOM .....  
Mère  Père  Tuteur

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

## 2 - AUTORISATIONS

Le responsable légal autorise, la (les) personne(s) ci-dessous, à venir chercher l'enfant à la sortie des activités (**cocher**)

Père  Mère  Mon enfant part SEUL

Autre  Nom ..... Prénom ..... Nom ..... Prénom .....

! Le cas échéant personne interdite : Nom ..... Prénom .....

- Autorise la maison de quartier à utiliser l'image de mon enfant à des fins d'animations et d'illustrations promotionnelles et/ou informatives de ses activités (affichage, plaquette, blog, site internet, réseaux sociaux ...)
- Autorise la maison de quartier à transporter mon enfant vers les lieux d'activités.
- Autorise la maison de quartier à récupérer mon enfant dans son école au pédibus le mercredi midi.
- Autorise la maison de quartier à mettre à jour mon quotient familial CAF via le site CAFPRO (MSA fournir une attestation annuelle)

## 3 - INFOS DIVERSES

SANS PORC  ALLERGIES oui  non  (précisez le PAI ci-dessous)

PISCINE Ne sait pas nager  sait nager



## 4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence Oui  non

Si oui **joindre** une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (Maladie, allergies, asthme, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation)

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  **joindre un protocole** (PAI ou ordonnance médecin)

**Précisez la cause, les précautions et la conduite à tenir.** Ce qui pourrait nous aider dans l'accueil de votre enfant.  
Joindre une feuille supplémentaire au besoin

NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....  
 NOM DE JEUNE FILLE .....  
 NOM DE LA MUTUELLE .....N° de la mutuelle : .....  
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....



**Contact en cas d'urgence** si autre que les responsables légaux :

Nom ..... Prénom ..... tél ..... qualité.....  
 Nom ..... Prénom ..... tél ..... qualité.....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, à remplir **OBLIGATOIREMENT** ou copie vaccins).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

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

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	<b>SCARLATINE</b>
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

**ALLERGIES :** MEDICAMENTEUSES      oui  non  précisez : .....

**5 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

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

A Angers le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Cette fiche sera vérifiée et résignée tous les ans à partir de septembre