

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle
Archivée seulement durant l'année car il nécessite un renouvellement annuel

L'ENFANT

Sexe Féminin Masculin Genre Féminin Masculin Non-binaire

Nom Prénom

Date de Naissance Âge

N° sécurité sociale associé à l'enfant

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) non oui

ALLERGIE

Alimentaire non oui Laquelle

Médicamenteuse non oui Laquelle

Autres non oui Laquelle

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé non oui déjà établi (document à fournir)

PATHOLOGIE (asthme, diabète, épilepsie...)

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé non oui déjà établi (document à fournir)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI.
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (pathologie, allergie...) non oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

L'enfant s'auto médicamente Prévoir PAI pour l'accompagner PAI déjà établi (à fournir)

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

Lunette Lentilles Prothèses Auditives Prothèses Dentaires

Appareil orthopédique Fauteuil/Déambulateur Autre Lequel

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité...) :

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé non oui déjà établi (document à fournir)

AUTRES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé, etc...) veuillez les indiquer ci-dessous.

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle
Archivée seulement durant l'année car il nécessite un renouvellement annuel

MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom

Tél

Adresse

RESPONSABLE(S) En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale.

En qualité de cocher la case

 Mère Père Tuteur/Tutrice

Nom

Prénom

Adresse

.....

Commune

Tél Tél

En qualité de cocher la case

 Mère Père Tuteur/Tutrice

Nom

Prénom

Adresse si différente.....

.....

Commune

Tél : Tél :

AUTORISATION DES RESPONSABLES
 Autorise N'autorise pas

Le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin consulté.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné-e, responsable(s) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant est à jours ainsi que le cas échéant le(s) Projet(s) d'accueil individualisé (PAI).

Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le directeur-trice et/ou le coordinatrice-ur.

Les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

A

le.....

Signature du/des responsable(s)

FICHE SANITAIRE A RETOURNER SIGNÉE**A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION**