

Service Enfance

78, rue Clemenceau

57360 AMNEVILLE

☎ : 03.87.71.08.03

secretariat-socio@amneville-les-thermes.com

FICHE SANITAIRE

Année scolaire 2024-2025

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps d'accueil de l'enfant.

Elle évite de vous munir de son carnet de santé à chaque accueil.

VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé, pages de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Méningocoque C	
Poliomyélite				Coqueluche	
Haemophilus influenzae de type B				Rubéole-oreillons-rougeole	
Pneumocoque				Autres	

Vous devez joindre la copie des vaccinations

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, Joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : **le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant dispose-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? : oui non

Allergies :
 Médicamenteuses oui non
 Alimentaire oui non
 Autres

Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et contactez le Service Enfance en vue de rédiger un P.A.I-
Projet d'Accueil Individualisé

.....

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

.....

***Votre enfant est-il accompagné d'une AESH sur le temps scolaire : OUI OU NON**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Etc... merci de le préciser :

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom

 :  : Bureau :

Nom du médecin traitant :  :

Nom du médecin allergologue :  :

Durant le temps où la responsabilité de la Commune, représentée par Monsieur le Maire, est engagée, les parents autorisent celle-ci, en cas d'accident, à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires : soins de premiers secours, voire hospitalisation.

Je soussigné (e),, responsable légal(e) de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par son état de santé (traitement médical dans le cadre du PAI, hospitalisation).

Fait à, le

Signature

RESERVE AU SERVICE