Ville de Roncq
www.roncq.fr

VILLE DE RONCQ

FICHE SANITAIRE

ETÉ 2018 ET PETITES VACANCES 2018/2019

Nom de l'enfant ..... **Prénom** .....

Adresse .....

..... Code postal/Ville .....

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance .....

Etablissement fréquenté à la rentrée 09/2018..... Classe.....

N° de sécurité sociale du responsable légal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Père	Mère
Marié ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Concubinage ☐	Mariée ☐ Divorcée ☐ Séparée ☐ Concubinage ☐
Nom	Nom .....
Prénom	Prénom .....
Profession	Profession .....
Employeur	Employeur .....
Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail	Mail .....

Autorisez-vous votre enfant ?

à rentrer seul du centre	à se faire maquiller	à se faire photographier/filmer
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

Nom	Nom .....
Prénom	Prénom .....
Profession	Profession .....
Téléphone domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Téléphone domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom	Nom .....
Prénom	Prénom .....
Profession	Profession .....
Téléphone domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Téléphone domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	oui ☐	non ☐		Hépatite B	
Tétanos	oui ☐	non ☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	oui ☐	non ☐		Coqueluche	
ou DT polio	oui ☐	non ☐		Autres (à préciser)	
ou Tétracoq	oui ☐	non ☐		.....	
BCG	oui ☐	non ☐		.....	

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

Renseignements médicaux concernant votre enfant

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical* ? oui ☐ non ☐ / L'enfant a-t-il un PAI sur le temps scolaire ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
Copie de l'**ordonnanc**e et les **médicaments** correspondants (dans leur boîte d'origine marquées au nom de l'enfant, avec la notice) seront à remettre au directeur le premier jour du centre.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladies			Allergies		
Angine	oui ☐	non ☐	Asthme	oui ☐	non ☐
Coqueluche	oui ☐	non ☐	Alimentaires	oui ☐	non ☐
Oreillons	oui ☐	non ☐	Médicamenteuses	oui ☐	non ☐
Otite	oui ☐	non ☐	Autres (préciser)		
Rhumatisme articulaire aigu	oui ☐	non ☐			
Rougeole	oui ☐	non ☐	.....		
Rubéole	oui ☐	non ☐			
Scarlatine	oui ☐	non ☐	.....		
Varicelle	oui ☐	non ☐			
			.....		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les précautions à prendre**

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, ... ? Précisez)

.....

.....

.....

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

Fait pour valoir ce que de droit le

Signature du responsable légal

Informations

- *La Ville décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration d'objet personnel (portable, instrument de musique...)*
- *Tous ces renseignements sont à destination directe et exclusive de l'équipe qui se prépare à accueillir votre enfant.*