



FICHE SANITAIRE

(En cas d'hospitalisation, cette fiche accompagne l'enfant)

Enfant (une fiche par enfant)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon ☐ Fille ☐

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

L'enfant est-il allergique ?	Asthme	oui	☐	non	☐
	Alimentaire	oui	☐	non	☐
	Médicamenteuse	oui	☐	non	☐
	Autres	oui	☐	non	☐

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

.....

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 porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...

Précisez.....

Nom, adresse et tél du médecin traitant.....

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Responsable de l'enfant

Je soussigné Monsieur / Madame Nom(s) :

Prénom(s) :, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus.

Adresse :

Tél fixe du domicile :

Tél du lieu de travail :

Tél portable :

- déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche,
- en cas de problème grave, autorise le responsable de l'accueil périscolaire :
 - à prendre toutes les mesures indispensables et à lui faire pratiquer les soins que son état nécessite,
 - à permettre l'anesthésie de mon enfant au cas où victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Nom et téléphone de la ou des personnes à contacter en l'absence des parents.....

.....

.....

Fait àle.....

Signature