



FICHE SANITAIRE 2018/2019



ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE :



ECOLE : CLASSE :

REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT

REPRESENTANT LEGAL 1

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

SITUATION FAMILIALE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

E-MAIL :

REPRESENTANT LEGAL 2

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

SITUATION FAMILIALE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

E-MAIL :

RENSEIGNEMENTS

VACCINATIONS OBLIGATOIRES : Diphtérie, tétanos et poliomyélite



Date du dernier rappel : (apporter la copie des vaccins)

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

L'enfant a-t-il des allergies (asthme, allergies alimentaires, médicamenteuses) ? S'il dispose d'un PAI, merci de nous le transmettre

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

des lentilles ? OUI NON

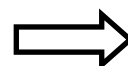
Un appareil dentaire ? OUI NON

un appareil auditif ? OUI NON

Régime alimentaire :

Votre enfant mange-t-il : du porc : OUI NON

de la viande : OUI NON





AUTORISATIONS

Sorties : J'autorise mon enfant à venir et rentrer seul : OUI NON

Prises de vues : J'autorise les animateurs à photographier et/ou filmer mon enfant pour l'utilisation et la diffusion lors de publications ou d'expositions de la Mairie de La Grand' Croix, dans le cadre de ses actions de communication (bulletin municipal, site internet, newsletter ...), pour une durée indéterminée : OUI NON

Maquillage : J'autorise mon enfant à se faire maquiller lors d'animations : OUI NON

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

LIEN DE PARENTE :

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

LIEN DE PARENTE :

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

LIEN DE PARENTE :

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

LIEN DE PARENTE :

DECLARATION DU OU DES REPRESENTANTS LEGAL(AUX) DE L'ENFANT

REPRESENTANT LEGAL 1

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales y compris avec anesthésie-réanimation)

Lu et approuvé : (A recopier).....

La Grand' Croix le.....

Signature du représentant légal 1 :

REPRESENTANT LEGAL 2

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales y compris avec anesthésie-réanimation)

Lu et approuvé : (A recopier).....

La Grand' Croix le.....

Signature du représentant légal 2 :