



# FICHE SANITAIRE

Proposé par Toustes en Colo

La fiche sanitaire est le document qui regroupe les informations de santé de votre enfant. De fait, elle est soumise à un secret médicale et seul l'équipe de direction et l'assistant·e sanitaire pourra y avoir accès.

Le PAI, Plan d'Accueil Individualisé, est, à l'inverse, un document à destination de l'entièreté de l'équipe pédagogique.

## 1- INFORMATIONS RELATIVE A VOTRE ENFANT

### Informations Générales

Nom:

Prénom d'usage:

Adresse complète:

Né·e le: / /

Age:

Sexe:

Genre:

Taille:

Poid:

### Vaccination

**Joindre IMPERATIVEMENT les photocopies du carnet de santé à jour!** Les vaccinations sont obligatoire en ACM.

Sinon, joindre un certificat médical équivalent, de moins de 3 mois, ou de contre indication.

*Note, il n'existe pas de contre-indication pour l'antitétanique*

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Autres informations spécifique:

### Maladie

Votre enfant a déjà contracté:

- Rubéole
- Scarlatine
- Varicelle
- Coqueluche
- Angine(s)
- Otite
- Rhumatismes
- Rougeole
- Autre:
- Oreillons

Votre enfant a une allergie:

- Alimentaire :
- Médicamenteuse :
- Asthme
- Autre:
- Aucune

Précisez la cause de l'allergie et la marche à suivre :

### PAI

Votre enfant a un PAI:

- Oui (**Si oui, le transmettre**)
- Non

### Difficulté de santé & Recommandations

Dans cet encart, Précisez les difficultés de santé (Maladie, accidents, crises, hospitalisations) en précisant les dates et précautions à prendre, mais aussi les recommandations particulières jugées importantes (lentilles, prothèses auditives, etc.) :

## 2- INFORMATIONS RELATIVE A VOUS, RESPONSABLE LEGAL

### Informations du responsable 1

Nom:  
Prénom d'usage:  
Adresse complète:

Numéro de téléphone portable:  
Adresse mail:

N° de Sécurité sociale:  
Centre payeur:

**Joindre une copie de l'attestation de Mutuelle.**

### Informations du responsable 2 (Facultatif)

Nom:  
Prénom d'usage:  
Adresse complète:

Numéro de téléphone portable:  
Adresse mail:

### Informations du Medecin traitant (Facultatif)

Nom:  
Adresse complète:

Numéro de téléphone:

Je soussigné-e,

, responsable légal de

, atteste que:

- mon enfant est couvert par une assurance de responsabilité civile et individuelle accident corporel,
- les renseignements portés sur cette fiche sont exact,
- **j'autorise** le.a directeur-ice de la structure à prendre toutes mesures (traitement médical, **consultation de médecine générale**, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (et en corolaire de ce dernier point, que je rembourserai les frais avancé par le directeur-ice lors du séjour)

Fait à \_\_\_\_\_, (date et signature)