FICHE DE RENSEIGNEMENT SANITAIRE
ANNEE SCOLAIRE 2024 /2025
PERISCOLAIRE Rurange les Thionville

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant, merci de bien vouloir compléter cette fiche et nous la retourner sous enveloppe ou par mail.

INFORMATIONS ENFANTS - PARENTS

L'enfant Classe : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Né le : _____

Le responsable de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone

	Domicile	Portable	Travail
Mère :			
Père :			

Nom et téléphone du médecin traitant

En cas d'hospitalisation, je souhaite que mon enfant soit dirigé vers :

Je sousigné (e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre , le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

VACCINS

☐ **Mon enfant est à jour dans ses vaccinations obligatoires**

Je joins impérativement la copie du carnet de vaccination ou une attestation du médecin

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

☐ **Mon enfant suit un traitement**
Je joins une ordonnance récente et les médicaments correspondants, dans des boîtes d'origine et apposées du nom de l'enfant.

☐ **Mon enfant a un PAI**

Je transmets au directeur une trousse avec le traitement, le PAI et l'ordonnance en cours de validité.

☐ **Mon enfant est allergique,** précisez les causes et la conduite à tenir

_____
_____
_____
_____
_____

☐ **Mon enfant a des contre-indications à pratiquer une activité physique**
Je fournis le certificat

Cochez la ou les cases correspondantes à la situation de votre enfant

REPAS	DU JOUR	VEGETARIEN	Entourez le repas souhaité

Fait à : **Le :** **Signature :**

ELPELS153A20210603