



## Fiche sanitaire

dans le cadre de l'inscription aux Services Périscolaires Municipaux  
(Bus, Restaurant scolaire)

### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée en 2018-2019 : \_\_\_\_\_

### ETAT MEDICAL – VACCINATIONS (Informations obligatoires)

L'enfant est-il allergique à certains médicaments ?  OUI  NON

Si oui, merci de préciser lesquels : \_\_\_\_\_

#### Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

L'enfant est-il allergique à certains aliments ?  OUI  NON

Si oui, merci de préciser lesquels : \_\_\_\_\_

**ATTENTION !:** Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) est **OBLIGATOIRE** en cas de maladie chronique, de handicap, de prise de médicaments, d'allergies alimentaires, pour tous les temps d'accueil de l'enfant (scolaires et/ou périscolaires). Les familles doivent, à cet effet, contacter le médecin scolaire dès la rentrée. En l'absence de P.A.I. aucune mesure spécifique ne pourra être prise.

*Le carnet de vaccination, à jour, a bien été transmis aux enseignants lors de l'inscription :*

OUI  NON

*Consignes particulières (autre allergie, groupe sanguin,...) :*

\_\_\_\_\_

### PROCEDURE D'URGENCE & VALIDITE DES RENSEIGNEMENTS

En cas d'accident, je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise les secours à intervenir

auprès de mon enfant \_\_\_\_\_ et à le transporter vers l'hôpital le plus proche.

De plus, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler, dans les plus brefs délais, toute modification de ces informations en cours d'année.

Signature du représentant légal