



FICHE SANITAIRE

NOM et PRENOM de l'élève :

DATE de NAISSANCE : SEXE :

- RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE DE LA FAMILLE -

Qui exerce l'autorité parentale ? Père / Mère / Tuteur (1)

NOM - PRENOM du PERE ou TUTEUR :

.....

NOM - PRENOM de la MERE :

ADRESSE du (des) responsable (s) de l'enfant :

.....

Téléphone :

N° de TELEPHONE du lieu de travail :

N° d'assuré Sécurité Sociale de la personne responsable - Adresse de la Caisse :

.....

Le cas échéant, intitulé et adresse de la Mutuelle :

.....

- AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE -

Nous, soussignés

Père / Mère / Tuteur (1) Responsable de l'enfant

- ✓ autorisons le Directeur du centre à faire soigner notre fils - fille (1) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- ✓ nous engageons à rembourser la part des frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuels incombant à la famille.

Fait à Le

Signatures :

(1) Rayer la mention inutile



FICHE SANITAIRE

NOM et PRENOM de l'élève :

DATE de NAISSANCE : SEXE :

- RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE DE LA FAMILLE -

Qui exerce l'autorité parentale ? Père / Mère / Tuteur (1)

NOM - PRENOM du PERE ou TUTEUR :

.....

NOM - PRENOM de la MERE :

ADRESSE du (des) responsable (s) de l'enfant :

.....

Téléphone :

N° de TELEPHONE du lieu de travail :

N° d'assuré Sécurité Sociale de la personne responsable - Adresse de la Caisse :

.....

Le cas échéant, intitulé et adresse de la Mutuelle :

.....

- AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE -

Nous, soussignés

Père / Mère / Tuteur (1) Responsable de l'enfant

- ✓ autorisons le Directeur du centre à faire soigner notre fils - fille (1) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- ✓ nous engageons à rembourser la part des frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuels incombant à la famille.

Fait à Le

Signatures :

(1) Rayer la mention inutile

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ÉLEVE

TAILLE POIDS :

- L'enfant a-t-il eu : Rougeole - Oreillons - Rubéole - Varicelle (1).....
- Est-il sujet : aux otites - à l'asthme - à l'eczéma (1).....
- L'enfant a-t-il des allergies, si OUI, lesquelles (*médicaments -alimentaires - acariens - pollen - soleil*) :
- Porte-t-il des lunettes - OUI / NON - des lentilles - OUI / NON
- Porte-t-il un appareil auditif ? OUI / NON
- Porte-t-il un appareil dentaire ? OUI /NON

Précisez tous renseignements qui pourraient vous sembler importants :

.....
.....

***** **TRES IMPORTANT** *****

Afin d'assurer le suivi sanitaire de votre enfant pendant la classe de découverte, veuillez joindre à cette fiche : **LA PHOTOCOPIE des pages de VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE** (*Ne pas donner le carnet de santé*)

Depuis le 1^{er} Janvier 2000 la prise en charge des frais médicaux est assurée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie : la CMU (Couverture Maladie Universelle). Si vous en êtes bénéficiaire veuillez joindre à la présente fiche une PHOTOCOPIE de l'attestation CMU.

✓ **TRAITEMENTS** - Si votre enfant suit actuellement un traitement, veuillez le préciser (joindre l'ordonnance et les médicaments)

.....

✓ **ACTIVITES** : existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? Si OUI, lesquelles ?

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ÉLEVE

TAILLE POIDS :

- L'enfant a-t-il eu : Rougeole - Oreillons - Rubéole - Varicelle (1).....
- Est-il sujet : aux otites - à l'asthme - à l'eczéma (1).....
- L'enfant a-t-il des allergies, si OUI, lesquelles (*médicaments -alimentaires - acariens - pollen - soleil*) :
- Porte-t-il des lunettes - OUI / NON - des lentilles - OUI / NON
- Porte-t-il un appareil auditif ? OUI / NON
- Porte-t-il un appareil dentaire ? OUI /NON

Précisez tous renseignements qui pourraient vous sembler importants :

.....
.....

***** **TRES IMPORTANT** *****

Afin d'assurer le suivi sanitaire de votre enfant pendant la classe de découverte, veuillez joindre à cette fiche : **LA PHOTOCOPIE des pages de VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE** (*Ne pas donner le carnet de santé*)

Depuis le 1^{er} Janvier 2000 la prise en charge des frais médicaux est assurée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie : la CMU (Couverture Maladie Universelle). Si vous en êtes bénéficiaire veuillez joindre à la présente fiche une PHOTOCOPIE de l'attestation CMU.

✓ **TRAITEMENTS** - Si votre enfant suit actuellement un traitement, veuillez le préciser (joindre l'ordonnance et les médicaments)

.....

✓ **ACTIVITES** : existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? Si OUI, lesquelles ?

.....