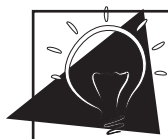


Saint-Grégoire Dossier Unique d'inscription 2017/2018

FICHE SANITAIRE



VALABLE DE SEPTEMBRE 2017 A FIN AOÛT 2018

1 FICHE PAR ENFANT MINEUR OBLIGATOIRE POUR LA PRESENCE AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES, ENFANCE, JEUNESSE ET SPORT ET DANS LES CRÈCHES DE LA VILLE DE SAINT-GRÉGOIRE

MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT AU SERVICE JEUNESSE, NOTAMMENT DANS LE CADRE DES SÉJOURS

Identité enfant

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Sexe :

filles

garçon

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autre (à préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant.) Attention, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.



L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Maladie	OUI	NON	Maladie	OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Varicelle			Coqueluche		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		

Allergies

Allergie	OUI	NON	Allergie	OUI	NON
Asthme			Médicamenteuses		
Alimentaire			Autre		



En cas d'allergie, de maladie, d'handicap un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est obligatoire. Prendre contact avec le responsable de service

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, prothèses dentaires....?

.....

Recommandations utiles des parents :

.....
.....

L'enfant mouille-t-il son lit? OUI NON S'il s'agit d'une fille est-elle réglée? OUI NON

Responsable légale de l'enfant :

Nom et téléphone du médecin traitant

Nom :

.....
.....

Prénom :

L'enfant bénéficie-t-il :

Tél. portable :

de la CMU d'une prise en charge S.S à 100%

Tél. bureau :

Fournir les attestations (CMU et prise en charge S.S)

N° de Sécurité Social auquel l'enfant est rattaché :

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence (le parent ou tuteur)

Personne la plus facilement joignable en priorité. Merci d'indiquer obligatoirement deux personnes.

Nom/Prénom : Tél :

Nom/Prénom : Tél :

Date et signature :

Obligatoire

Information spécifique pour les structures Petite Enfance

Multi-accueil, Jardin d'enfants, microcrèche



Poids de naissance

Taille de naissance

Poids actuel

Taille actuelle

Médicament antipyrétique prescrit si l'enfant présente de la fièvre dans la structure Petite Enfance

.....

Je soussigné(e) Dr atteste que l'enfant,
est apte à vivre en collectivité à jour dans ses vaccins

Fait à Signature et cachet du Médecin

Le

Coordonnées du médecin référent :