



# Fiche de Renseignements Santé

## Année 2024-2025

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Enregistré par :

Date :

**Fiche individuelle à remplir intégralement (1 fiche par enfant)**

**Nom :**

**Prénom :**

Sexe : F M Date naissance :

Lieu naissance :

Responsables légaux						
	Responsable 1	M.	Mme	Responsable 2	M.	Mme
Nom, prénom						
Adresse						
Téléphone portable						
Téléphone employeur						
Personnes à contacter en cas d'urgence (après les parents)						
Nom, prénom						
Parenté / qualité			Téléphone portable			
Nom, prénom						
Parenté / qualité			Téléphone portable			
Nom, prénom						
Parenté / qualité			Téléphone portable			
Assurance qui couvre l'enfant						
Compagnie d'assurance :			Contrat d'assurance n° :			
Vaccination obligatoire						
<b>Enfant né avant 2018 :</b>						
Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : la primo vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite (DT Polio).						
Elle est exigée pour aller à l'école.						
<b>DT Polio :</b> Oui Non <b>Année du dernier rappel :</b>						
<b>Enfant né à partir de 2018 :</b>						
Les 11 vaccinations obligatoires sont les suivantes, pour les bébés et les enfants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole.						
<b>Joindre une copie des pages vaccination du carnet de santé.</b>						

## Maladies – Allergies

**Si vous cochez "Oui" dans l'une ou plusieurs des situations ci-dessous, merci de prendre contact avec les responsables d'activités pour un meilleur accueil de votre enfant.**

Votre enfant bénéficie d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non  
**Si oui, merci de le fournir.**

Asthme .....	Oui	Non
Allergies alimentaires .....	Oui	Non
Allergies médicamenteuses .....	Oui	Non
Autres allergies (animaux, pollens...) .....	Oui	Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs et la conduite à tenir** :

Votre enfant présente des **difficultés de santé particulières** : Oui Non

Si oui, précisez lesquelles :

## Repas

Repas toutes viandes

Repas sans porc

Repas sans viande

## Autorisations

J'autorise le personnel des Services Périscolaires à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, et à faire pratiquer les soins (traitements, anesthésies...) ou hospitalisation, en cas d'urgence.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties.

## Décharge

**Pour que des personnes autres que vous-même (nourrice, grands-parents, voisins...) puissent venir chercher votre enfant, cette décharge est obligatoire. Personnes majeures uniquement.**

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant en mon absence :

Nom, prénom : Qualité :

Adresse : Téléphone :

Nom, prénom : Qualité :

Adresse : Téléphone :

À Saint-Mammès, le :

Signatures des parents (des deux parents en cas de résidence alternée) :

*Version numérique : indiquez nom et prénom*