

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Afin de respecter la confidentialité des informations médicales, les responsables légaux devront remplir une annexe 2 par enfant accueilli dans les activités du pôle Education Enfance Jeunesse.

Ce document ainsi que la photocopie du carnet de santé (page vaccination) ou du certificat de vaccination devront être remis.

L'annexe 2 renseignements médicaux permet aux adultes de disposer d'informations sur l'état de santé de l'enfant.

Elle les aiguille ainsi pour assurer un suivi sanitaire rigoureux. Ce document est aussi présenté aux professionnel-le-s de santé, si l'enfant est amené à consulter un médecin.

Ce document est confidentiel.

Seule l'équipe de direction et la personne en charge du suivi sanitaire des enfants sont autorisées à le lire. Si elles le jugent nécessaire, elles peuvent avertir le personnel d'animation ou le personnel de cuisine de certaines dispositions particulières (ex : une allergie alimentaire).

Si l'enfant a une allergie ou un régime alimentaire particulier, nous vous conseillons vivement de lister les aliments interdits et les aliments autorisés, et de mettre en place un PAI.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

(Écrire en noir et en lettres CAPITALES)*

Enfant

NOM DE NAISSANCE*

PRÉNOM*

DATE DE NAISSANCE*

LIEU DE NAISSANCE

ACTIVITÉS SOUHAITÉES

Il est indispensable de cocher la case correspondante.

Restauration scolaire

oui

non

Nom de l'École :

Commune :

Accueil périscolaire

oui

non

Nom de l'École :

Commune :

ALSH (centres de loisirs)

oui

non

Nom des ALSH

Communes

- Choix 1 :

- Choix 2 :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant (obligatoire) : Téléphone :

Allergie ou régime alimentaire
médicalement constatés

Asthme
oui non

Alimentaires*
oui non

Médicamenteuses *
oui non

Autres (si oui précisez)*
oui non

*Si oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Votre enfant a-t'il un PAI en cours ?
Projet Accueil Individualisé

oui non

Si réponse positive, veuillez préciser s'il s'agit : Renouvellement ou Première fois

Si oui, je m'engage à mettre en place le PAI et précisez le type de PAI :

L'enfant suit-il
un traitement médical ?

oui non

Aucun médicament ne pourra être administré

Votre enfant est-il en situation
de handicap ou porteur
de troubles ?

oui non

Si oui précisez :

*Pour tout accueil d'un enfant en situation de handicap en ALSH, un partenariat est mis en place avec l'association Relais Loisirs Handicap 30

Antécédents d'ordre médical considérés
par le responsable légal comme susceptibles d'avoir
des répercussions sur le déroulement de l'accueil

I N F O R M A T I O N S

Autres renseignements :

Je soussigné(e) Mme, M.

NOM RESPONSABLE 1,

PRÉNOM,

ADRESSE

TEL DOMICILE

TEL PORTABLE

TEL PROFESSIONNEL

NOM RESPONSABLE 2,

PRÉNOM,

ADRESSE

TEL DOMICILE

TEL PORTABLE

TEL PROFESSIONNEL

En tant que responsable légal de l'enfant, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

SIGNATURES DU OU DES REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(aux)

Mention « Lu et approuvé »

[Signature box for RESPONSABLE 1]

RESPONSABLE 1

[Signature box for RESPONSABLE 2]

RESPONSABLE 2

