



FICHE SANITAIRE 2017/2018

COMMUNAUTE DE COMMUNES LOIRE SEMENE

L'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lors de sa venue à l'accueil de loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Les allergies : (alimentaires, médicamenteuses, autres...)

Type d'allergie/ Précision sur l'allergie	Conduites à tenir

Régime alimentaire : OUI NON

Si oui précisez :

.....
.....

Mise en place d'un PAI: OUI NON

Enfant reconnu MDPH : OUI NON

Bénéficiaire AEEH : OUI NON

Les difficultés de santé de l'enfant et les précautions à prendre:

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de prothèses auditives, dentaires....)

Difficultés de santé rencontrées	Dates	Précaution à prendre

Renseignements en cas d'urgence :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché: _____

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant :

- autorise l'équipe de direction à:
 - pratiquer les soins nécessaires,
 - faire pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux jugés indispensables par le corps médical, à l'hôpital le plus proche.

Selon l'article R4127-42 du code la santé publique, « en cas d'urgence, même si ses représentants légaux ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. »

- **déclare sur l'honneur que mon enfant bénéficie d'une assurance responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers et couvrants les activités péri et extrascolaires**
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvée »