

**Service Enfance**

78, rue Clemenceau

57360 AMNEVILLE

☎ : 03.87.71.08.03

[secretariat-socio@amneville-les-thermes.com](mailto:secretariat-socio@amneville-les-thermes.com)

# FICHE SANITAIRE

Année scolaire 2022-2023

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps d'accueil de l'enfant.  
Elle évite de vous munir de son carnet de santé à chaque accueil.

### VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé, pages de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Méningocoque C	
Poliomyélite				Coqueluche	
Haemophilus influenzae de type B				Rubéole-oreillons-rougeole	
Pneumocoque				Autres	

**Vous devez joindre la copie des vaccinations**

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, Joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : **le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant dispose-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? : oui  non

**Allergies** : Médicamenteuses oui  non   
Alimentaire oui  non   
Autres .....

Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et contactez le Service Enfance en vue de rédiger un P.A.I-  
**Projet d'Accueil Individualisé**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates** et **les précautions à prendre** :

\***Votre enfant est-il accompagné d'une AESH sur le temps scolaire : OUI  OU NON**



**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... merci de le préciser :

.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : .....

Prénom .....

: ..... : ..... Bureau : .....

Nom du médecin traitant : ..... : .....

Nom du médecin allergologue : ..... : .....

Durant le temps où la responsabilité de la Commune, représentée par Monsieur le Maire, est engagée, les parents autorisent celle-ci, en cas d'accident, à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires : soins de premiers secours, voire hospitalisation.

*Je soussigné (e), ....., responsable légal(e) de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par son état de santé (traitement médical dans le cadre du PAI, hospitalisation).*

Fait à ....., le .....

**Signature**

**RESERVE AU SERVICE**