

FICHE SANITAIRE

AUTORISATION DE DEPART

Je soussigné(e) (nom et prénoms) : -----
demeurant à -----
agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de
(nom et prénom de l'enfant) :-----
déclare autoriser son départ en sortie scolaire avec nuitée(s)
dans la structure : du.....au
.....
sous les conditions fixées par les autorités organisatrices.

Ale.....
Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- Organismes d'assurances dont dépend le responsable de l'enfant :

- Caisse primaire de sécurité sociale :

- désignation : -----
- N° d'assuré :-----

- Mutuelle :

- désignation :-----
- N° d'assuré :-----
- Risques couverts : Maladie OUI - NON
 Chirurgie OUI - NON

- A qui téléphoner en cas d'urgence ?

NOM du Père :	NOM de la Mère :
Profession :	Profession :
Adresse :	Adresse :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Téléphone Domicile :	Téléphone Domicile :
Portable :	Portable :

POIDS DE L'ENFANT : -----kg

VACCINATIONS

NATURE	DATES
DIPHTERIE / TETANOS / POLIO	

Au besoin, fournir un certificat de contre indication vaccinale.

P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé

Votre enfant bénéficie-t'il d'un P.A.I. ?.....

Y a t'il pour lui une trousse médicale d'urgence à l'école ?

L'enseignant Mr ou Mmedoit avoir avec lui et a en charge :

- 1) Le P.A.I. avec le protocole médical d'urgence si nécessaire.
- 2) La trousse médicale d'urgence ainsi que les médicaments journaliers si nécessaire pour l'enfant (nom et prénom de l'enfant)

Signature de l'enseignant

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Médicaments et soins journaliers à donner à l'enfant : -----

- Régimes éventuels : -----

- Intolérance à certains aliments ou médicaments : -----

- Propreté nocturne : -----
- Autres renseignements : -----

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : -----

demeurant à : -----

agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de

(nom et prénom de l'enfant) :-----

né(e) le -----déclare

1/ autoriser l'enseignant de la classe dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris, éventuellement, l'hospitalisation.

2/ avoir pris connaissances des dispositions ci-dessous mentionnées.

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

A -----, le -----

Signature