



# FICHE SANITAIRE ENFANT 2018-2019

(À renseigner en majuscules)

## Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Âge : ..... Sexe :  F  M

Nom de l'établissement scolaire à la rentrée : .....

Maternelle  Élémentaire  Collège  Lycée  Autre .....

Niveau de classe à la rentrée 2018 (Exemple : CE1) : .....

Repas (à cocher **uniquement si votre enfant est concerné**) :  Ne consomme pas de porc

## Parents ou représentants légaux

### PARENT 1 (ou tuteur)

*Responsable du dossier famille et détenteur du numéro allocataire CAF*

### PARENT 2 (ou tuteur)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal et commune : .....

Adresse courriel : .....

N° téléphone domicile : ...../...../...../...../.....

N° téléphone portable : ...../...../...../...../.....

N° téléphone travail : ...../...../...../...../.....

Situation familiale

|             |             |             |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Marié(e)    | Pacsé(e)    | Union libre | Marié(e)    | Pacsé(e)    | Union libre |
| Célibataire | Concubin(e) | Séparé(e)   | Célibataire | Concubin(e) | Séparé(e)   |
| Divorcé(e)  | Veuf(ve)    |             | Divorcé(e)  | Veuf(ve)    |             |

Autorité parentale  oui  non  oui  non

En cas de séparation

|                      |                  |                             |
|----------------------|------------------|-----------------------------|
| Résidence principale | chez le parent 1 | Résidence en garde alternée |
|                      | chez le parent 2 |                             |

Un jugement a-t-il été prononcé ?  non  oui (si oui, fournir une copie)

## Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant et/ou à contacter en cas d'urgence 2 personnes minimum (RUBRIQUE OBLIGATOIRE)

| Nom et prénom | Qualité<br>(ex: grand-parent,<br>nourrice, ...) | Téléphones                    | Autorisé à venir<br>chercher l'enfant<br>(cocher) | À contacter en<br>cas d'urgence<br>(cocher) |
|---------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|               |                                                 | ...../...../...../...../..... |                                                   |                                             |
|               |                                                 | ...../...../...../...../..... |                                                   |                                             |
|               |                                                 | ...../...../...../...../..... |                                                   |                                             |

## Renseignements sanitaires

Date du dernier **DT Polio** (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)\* : ..... (OBLIGATOIRE)

\* Consultez sur [orvault.fr](http://orvault.fr) le calendrier vaccinal

Nom du médecin traitant : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Adresse : .....

# Verso - FICHE SANITAIRE ENFANT 2018-2019

Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ?  oui  non

(si oui, joindre impérativement la copie de la CMU)

Votre enfant est-il en situation de handicap ?  oui  non

Votre enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) ?  oui  non

## Allergies - Régimes alimentaires - Traitements médicaux

Si votre enfant présente une allergie alimentaire/asthme ou autre, un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** doit être signé (Cf. [notice d'information sur orvault.fr - rubrique Enfance-Jeunesse/Restauration](#)). **Un certificat médical est indispensable.** Il doit préciser les causes de l'allergie, si éviction totale ou traces tolérées en cas d'allergies alimentaires et le traitement prescrit.

**Votre enfant bénéficie-t-il déjà d'un Protocole d'accueil Individualisé ?** **oui** **non**

➤ Si **oui**, veillez au renouvellement et à la transmission du nouveau document (reconduction PAI).

➤ Si **non**, transmettez, dans l'attente de la signature du PAI, le certificat médical susnommé.

**Sans la copie des documents précités, la fiche sanitaire sera refusée ; vos demandes d'inscription ne seront pas traitées et votre enfant ne pourra pas déjeuner le midi au restaurant scolaire.**

|   |                                                                                                    |     | Précisez | Pièces à fournir                           |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|--------------------------------------------|
| 1 | Allergie(s) alimentaires                                                                           | oui |          | PAI                                        |
| 2 | Votre enfant a-t-il un régime alimentaire pour raison médicales (ex. : diabète...)                 | oui |          | PAI                                        |
| 3 | Votre enfant prendra-t-il un traitement sur le temps périscolaire, extrascolaire et/ou l'école (*) | oui |          | PAI ou autorisation de prise de traitement |
| 4 | Allergie(s) médicamenteuse(s)                                                                      | oui |          | Certificat médical                         |

(\*) En cas d'asthme, consultez votre médecin traitant qui estimera la nécessité ou non de mettre en place un PAI ou une autorisation de prise de traitement sur le temps scolaire, péri/extrascolaire.

## Autres renseignements concernant la santé de votre enfant

## Autorisations diverses

Je, soussigné(e) (Nom et Prénom) .....

**Autorise**  **N'autorise pas (cochez la case)** la Ville d'Orvault à photographier et/ou filmer mon enfant, ainsi qu'à utiliser à titre gracieux, sans limite de temps, son image dans le cadre de l'illustration de supports de communication et d'information valorisant les activités municipales.

**Autorise**  **N'autorise pas (cochez la case)** mon enfant à quitter seul les structures d'accueil municipales (ne concerne que les enfants scolarisés en élémentaire ou niveaux scolaires supérieurs).

J'autorise la Ville :

- à transporter et à faire donner, en cas de nécessité constatée par un médecin, tout soin urgent à mon enfant.
- à transporter mon enfant dans le cadre de sorties ou pour lui permettre de rejoindre une autre structure d'accueil.

J'atteste :

- avoir souscrit pour mon enfant, sur la période du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019, une assurance couvrant sa responsabilité civile sur le temps extrascolaire.
- avoir pris connaissance et accepter les termes des [règlements intérieurs du périscolaire et de l'Enfance Jeunesse](#).

La loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Ville d'Orvault

Fait à .....

Le.....

Signature manuscrite :