



ALSH PERISCOLAIRE CHARLEVAL

FICHE SANITAIRE 2016/2017



ENFANT : NOM..... PRENOM.....

SEXE* : FILLE GARCON POIDS :KG DATE DE NAISSANCE : / /

VACCINATIONS : L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires* OUI NON
(Joindre certificat médical ou copie du carnet de santé)

APTITUDES : L'enfant est apte à la pratique du sport* OUI NON
(Joindre Certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport)

ALLERGIE OU MALADIE DE L'ENFANT :

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE* OUI NON LAQUELLE :.....

ALLERGIE AUTRE* OUI NON LAQUELLE :.....

TRAITEMENT* OUI NON LEQUEL :.....

ALLERGIE OU MALADIE NECESSITANT UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :

ALLERGIE(S) OU INTOLERANCE(S) ALIMENTAIRE(S)* OUI NON

ALLERGIE(S) RESPIRATOIRE(S)* OUI NON

TROUBLES NEUROLOGIQUES* OUI NON

DIABETE* OUI NON

AUTRES PROBLEMES DE SANTE* OUI NON

LESQUELS :.....

Pour tous les cas cités ci-dessus, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) devra être mis en place ; Dans le cas contraire aucune inscription ne pourra être acceptée.

LE DOSSIER PAI DOIT ETRE RETIRE SUR LE LIEU DE L'INSCRIPTION

Je soussigné(e),, déclare exacts les renseignements médicaux portés sur cette fiche.

DATE : le.....

SIGNATURE :

*Rayer la mention inutile