



# ALSH PERISCOLAIRE CHARLEVAL

## FICHE SANITAIRE 2017/2018



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

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

**VACCINATIONS :** L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires\* **(DTP)** 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