

FICHE SANITAIRE

ENFANT

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____

MÉDECIN TRAÎNANT

Nom et Prénom : _____

Tél : _____

VACCINATIONS

Type de vaccins	Dates	Vaccins	dates
Présences d'ADN :		Anti rubéole-vaccin 1 ^{er} vaccination	
Du DT-Polio		Revaccination	
Du DT-coq		Antirubéole-vaccin	
DU métrazol		Vaccin	
Des prés-poli		1 ^{er} rappel	
Ropéole			
Autres vaccins :			
Nommes est datees :			

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Pathologie	OUI	NON
Varicelle	OUI	NON
Angine	OUI	NON
Rhinorrhée	OUI	NON
Sorexème	OUI	NON

L'enfant a-t-il des allergies suivantes ? Oui Non
Saisi, à quoi est-il allergique ? _____

Indiquez ci-après les diverses difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, consultation, rééducation...) _____

L'enfant suit-il l'objectif d'un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) ?

Oui Non

J'accepte que mes renseignements portés sur cette fiche et extrait de la commune de Saint-Sulpice à prendre en compte dans le dossier de mon enfant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicale) relatives à ces documents puissent être faites au nom de l'enfant.

Signatures du ou des responsables légaux

INSCRIPTION DE L'ENFANT POUR L'ANNEE 2011

Nom et Prénom : _____

Fille Garçon Date de naissance : _____

Classe fréquentée à la rentrée 2011 : _____

Toute-Petite Section Petite Section Moyenne Section Grande Section

CP CE1 CE2 CM1 CM2

JOURNÉE DU MERCREDI

A la fin des cours du mercredi à 12h :

Mon enfant sera présent & bien assis au sein d'un tiers-maisonnettes directement à l'école avant 12h30
 Mon enfant sera présent au sein d'un tiers-maisonnettes directement à l'école avant 12h30
 Observation : _____

RENSEIGNEMENTS

PERE

MERE

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Télé portable : _____

Télé professionnel : _____

E-mail : _____

E-mail : _____

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT PAR UN TIERS

J'AUTORISE mon enfant à quitter le T.A.P. accompagné de :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

(Une pièce d'identité pourra être demandée à la personne désignée)

AUTORISATION DE PUBLICATION

O J'AUTORISE O JE N'AUTORISE PAS mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires afin d'aider à des supports de communication (journal municipal, site web, etc...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant sur sites à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.