



SERVICE JEUNESSE - MAIRIE DE PLUVIGNER

Fiche Sanitaire

Pour séjours, mini camps, ados et familles extérieures 3/10

Valable du 01 septembre 2023 au 31 août 2024

NOM et PRENOM de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il couvert par une responsabilité civile individuelle ou familiale :  oui  non

Est-il autorisé à rentrer seul après l'ALSH  oui  non

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

Copie vaccinations  
(Obligatoire chaque année)

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

**NOM et PRENOM de la mère :**

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Tél prof : \_\_\_\_\_

Profession et employeur : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Régime allocataire :  CAF  MSA Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Adresse email de la mère : \_\_\_\_\_

**NOM et PRENOM du père :**

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Tél prof : \_\_\_\_\_

Profession et employeur : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Régime allocataire :  CAF  MSA Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Adresse email du père : \_\_\_\_\_

En cas de séparation/ divorce, qui a la garde ?  la mère  le père  alternée (fournir le jugement)

En cas d'indisponibilité des représentants légaux ou d'urgence, nommer les personnes habilitées à venir récupérer votre enfant :

NOM/ PRENOM	Qualité (oncle, voisin...)	Tél domicile ou portable	Tél travail

INFORMATIONS SANITAIRES

Fournir les photocopies des pages de DT Polio.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre- indication.

**ALLERGIES :**

Respiratoires :  Oui  Non Lesquelles : \_\_\_\_\_

Médicamenteuses  Oui  Non Lesquelles : \_\_\_\_\_

Autres allergies : \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)  Oui  Non

**Fournir obligatoirement la copie du PAI ainsi que les traitements médicamenteux**

TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant a-t-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

Veillez indiquer si votre enfant rencontre (ou a rencontré) des difficultés de santé : maladie, accident, crise convulsive, opération... en précisant les dates et les précautions à prendre :

**REPAS :**

Votre enfant a-t-il des contraintes alimentaires ?

Allergies, lesquelles : \_\_\_\_\_

Mange de la viande de porc :  Oui  Non

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare sur l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, j'autorise :

- En cas d'urgence, la direction des accueils fréquentés par mon enfant à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer ;
- L'utilisation par le service jeunesse de la mairie de Pluvigner, pour sa communication ou sa documentation, des photos et vidéos prises lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.
- L'autorisation de transporter mon enfant lors des sorties organisées par le service jeunesse péri et extra-scolaire.

PLUVIGNER, le

Signature de la mère :

Signature du père :