



Saint Jean de Serres

ANNEXE 2 AU DOSSIER UNIQUE

2024/2025

POUR LES ACTIVITÉS

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Afin de respecter la confidentialité des informations médicales, les responsables légaux devront remplir une annexe 2 par enfant accueilli dans les activités

Ce document ainsi qu'une photocopie du carnet de santé (page vaccination) ou du certificat médical de vaccination devront être remis.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT
 Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Écrire en noir et en lettres CAPITALES	Enfant			
NOM DE NAISSANCE				
PRÉNOM(S)				
DATE DE NAISSANCE				
LIEU DE NAISSANCE				

ACTIVITÉS SOUHAITÉES
 Il est indispensable de cocher la case correspondante

Restauration scolaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Accueil périscolaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant (obligatoire) :Téléphone :

Allergie ou régime alimentaire médicalement constatés	Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alimentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres (si oui, précisez) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :				
Votre enfant a-t-il un PAI en cours ? Projet d'Accueil Individualisé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si réponse positive, veuillez préciser s'il s'agit : <input type="checkbox"/> Renouvellement ou <input type="checkbox"/> Première fois		
Si oui, je m'engage à mettre en place le PAI et précisez le type de PAI :				
L'enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Aucun médicament ne pourra être administré	
Votre enfant est-il en situation de handicap ou porteur de trouble ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, précisez :	
Antécédents d'ordre médical considérés par le responsable légal comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil				

INFORMATIONS

Autres renseignements :

Je soussigné(e) Mme, M.

NOM RESPONSABLE 1		
PRÉNOM		
ADRESSE		
TÉL. DOMICILE	TÉL. PORTABLE	TÉL. PROFESSIONNEL
NOM RESPONSABLE 2		
PRÉNOM		
ADRESSE		
TÉL. DOMICILE	TÉL. PORTABLE	TÉL. PROFESSIONNEL

En tant que responsable légal de l'enfant, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à, le/...../2024

SIGNATURE(S) DU OU DES REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)
Précédée(s) de la mention obligatoire « Lu et approuvé »



RESPONSABLE 1



RESPONSABLE 2