

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS

Ne pas remplir – Cet encart sera complété par l'infirmier(e) scolaire d'après les justificatifs fournis.

L'enfant est à jour de ses vaccins: OUI ☐ NON ☐

Si non, vaccin(s) manquant(s) :

Date de vérification

■ Si votre enfant a déjà eu les maladies suivantes, cochez la case correspondante :

LA SCARLATINE ☐ LA VARICELLE ☐

■ Votre enfant a des **réactions allergiques** (asthme, alimentaires), OUI ☐ NON ☐
médicamenteuses ou autres. Précisez lesquelles :

■ Votre enfant a eu des **antécédents médicaux ou chirurgicaux**, OUI ☐ NON ☐
(maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...).
Précisez lequel, les dates et les précautions à prendre

■ Votre enfant suit un **traitement médical régulier** : OUI ☐ NON ☐
Précisez lequel :

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) permet de mettre en place sur le temps de l'école et du périscolaire les aménagements nécessaires aux enfants souffrant de troubles de santé :
administration de médicaments, régime alimentaire particulier...
Élaboré par le médecin traitant de l'enfant, **le PAI doit être réactualisé chaque année par ce dernier.**

■ Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un P.A.I. pour 2022/2023 : OUI ☐ NON ☐

Précisez lequel : P.A.I Santé ☐ P.A.I Alimentaire ☐

L'infirmier(e) de santé scolaire prendra contact avec vous pour la mise en place du PAI

■ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaire...)

■ Repas sans porc : OUI ☐ NON ☐



Fiche sanitaire de liaison infirmerie et périscolaire Autorisations parentales 2022 – 2023

1 FICHE PAR ENFANT



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant : Garçon : ☐ Fille : ☐

Né(e) le : à :

Adresse de l'enfant

ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2022-2023 :

Maternelle ☐ Élémentaire ☐ Niveau scolaire en 2022-2023 (PS, MS, CP, CE1...) :

École fréquentée en 2021-2022 (Nom, adresse et classe) :

Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir seulement la 1^{re} colonne)

INFORMATIONS	PARENT 1 ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> PARENT 2
⁽¹⁾ Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. mobile		
Tél. pro		
Tél. domicile		
E-mail (séparez bien les lettres pour une lecture aisée)		
Situation des parents	En couple (mariés, pacsés, vie maritale) <input type="checkbox"/> Séparés ou divorcés <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
	Précisez si : garde alternée <input type="checkbox"/>	

Réservé à l'administration

AUTORISATIONS/INTERDICTIONS PARENTALES

Liste des personnes **autorisées** à venir chercher l'enfant (*ces personnes doivent présenter une pièce d'identité et être âgées de + de 15 ans*)

ou **ayant l'interdiction** de venir chercher l'enfant :

[illegible]

ASSURANCE (Facultatif mais conseillé)

Si vous en avez une assurance scolaire-périscolaire pour votre enfant, merci d'indiquer :

Nom de la compagnie : N°du contrat :

SIGNATURES DES PARENTS

A remplir obligatoirement

Je, soussigné(e),

Madame, Monsieur

en qualité de parent 1 parent 2 représentant légal

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes, le / / Signatures :

--	--

**MERCI DE NOUS SIGNALER RAPIDEMENT TOUT CHANGEMENT
OU TOUT RENSEIGNEMENT UTILE
(téléphone, adresse, maladie,...)**

RAPPEL DES PIÈCES À JOINDRE

- ☐ Joindre en cas de 1^{re} inscription à l'école **2 photos d'identité** avec au dos les nom et prénom de l'enfant ;
- ☐ Les copies de **toutes les pages VACCINS** du carnet de santé ;

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 : 11 maladies à vaccin obligatoire :

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)
Coqueluche
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)
Hépatite B
Pneumocoque
Méningocoque C
Rougeole-Oreillon-Rubéole (ROR)