

## Fiche sanitaire

Selon le CERFA N°10008\*02 du Ministère  
de la Jeunesse et des Sports  
Code de l'Action Sociale et des Familles

Photo

École .....

Classe .....

Année .....

☐ Périscolaire ☐ ALSH

### Enfant

Nom

Prénom

Né(e) le / / à Sexe F M

☐ Régime classique ☐ Régime classique avec variantes ☐ Régime sans viande

### Famille

Responsable 1 ☐ Mme ☐ M

Nom Prénom

E-mail

Adresse

C.P. Ville

Tél. domicile Tél. mobile

Assurance N° de police

Responsable 2 ☐ Mme ☐ M

Nom Prénom

Domicile

Tél. domicile Tél. mobile

### Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que les responsables légaux)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Prévenir en cas d'urgence

Enfant autorisé à partir seul : ☐ non / ☐ oui à \_\_\_h\_\_\_

## Vaccinations

Photocopie des vaccins du carnet de santé obligatoire

Date du dernier DT Polio :

## Maladies et allergies

### Médecin traitant

Nom

Tél.

### Projet d'Accueil Individualisé

Mise en place d'un PAI : ☐ non / ☐ oui      Nature du PAI :

L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques : ☐ non / ☐ oui

### Maladies

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (rayer si non)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Asthme	Rougeole	Oreillons

### Allergies

Allergie médicamenteuse	Allergie alimentaire	Autres
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	Précisez :

Précisez ci-dessous la conduite à tenir pour les allergies (si automédication le signaler) :

### Autre

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez ci-dessous :

## Autorisations diverses

Photos	Maquillage	Baignade	Activités physiques
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## Utilisation des données personnelles

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services administratifs de la ville d'Aulnay-sous-Bois et de l'ifac. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service administratif de votre structure.

Date :    /    /      Signature :