



# Fiche sanitaire 2024-2025

1 fiche par enfant

Photo de l'enfant

## INSCRIPTION

- Groupe scolaire Paul Gauguin : service périscolaire/ restauration scolaire,
- L'Accueil de Loisirs Sans Hébergement (mercredis et vacances).

## L'ENFANT

Nom : .....

Prénom(s) : .....

..... (merci d'indiquer l'ensemble des prénoms)

Sexe : ..... Né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à ..... Dpt : .....

Age : ..... Nationalité : .....

Nom de l'école fréquentée : .....

Niveau scolaire : ..... Classe rentrée 2024-2025 : .....

1<sup>ère</sup> rentrée scolaire sur Saint-Aubin-d'Aubigné ? Oui  Non

Portable (uniquement si + 10 ans pour la Maison Des Jeunes) : .....

## COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom du docteur : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Téléphone : ...../...../...../...../.....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

### Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, troubles, autres :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**L'enfant a-t-il une reconnaissance en situation de handicap ?** Oui  Non

- Si oui, merci de cocher :  Dossier MDPH (en cours)  
 Notification MDPH (complète)

Période de validité : .....

Si oui, perçoit-il l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ? Oui  Non

**Merci de bien vouloir fournir la copie de la notification de décision de la MDPH.**

**A-t-il besoin d'un accompagnement spécifique ?** Oui  Non

Si oui, merci de préciser : .....

.....

.....

.....

.....

Le service prendra contact avec vous pour une rencontre.

**L'enfant a-t'il des habitudes alimentaires particulières ?**

- Sans porc     Sans viande     Autres : .....

.....

.....

.....

.....

**Est-il allergique ?**

- Allergies médicamenteuses    Oui  Non   
 -Autres (animaux, plantes, pollen...)    Oui  Non

Si oui, merci de préciser la cause, les signes évocateurs, et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

**TOURNEZ SVP**

**A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?**

Oui  Non

Si oui, merci de préciser :

Alimentaire  Asthme  Epilepsie  Autres : .....

.....  
.....

Un contact avec le service est nécessaire en laissant **obligatoirement le PAI en pièce jointe** ainsi que les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice). Le tout doit être dans une trousse **au nom de l'enfant**.

**L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ou besoins particuliers ? (Maladie, accident, énurésie, crises convulsives, hospitalisation, troubles de comportement, besoins individuels, ....) Oui  Non

.....  
.....  
.....

**Vaccination :**

Vaccins	Oui	Non	Date derniers rappels
DT polio			
Coqueluche			
Haemophilus Influenzae			
Hépatite B			
Méningocoque C			
Pneumocoque			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			

*Vaccinations obligatoires : uniquement le DT Polio pour les enfants nés avant 2018. Tous, pour les enfants nés à partir de 2018.*

*Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, joindre un certificat médical de contre-indication.*

**Autres informations :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date :

Signature :