



VILLE DE ZUYDCOOTE – FICHE SANITAIRE

ANNEE 2023 – 2024

École - Cantine – Périscolaire – Accueil de loisirs

• RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____
 Masculin Féminin Date de naissance : _____
 Classe fréquentée en 2023-2024 : _____ Adresse du domicile principal : _____

| Responsable légal 1 | Responsable légal 2 |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nom : _____ | Nom : _____ |
| Prénom : _____ | Prénom : _____ |
| Profession : _____ | Profession : _____ |
| Adresse : _____ | Adresse : _____ |
| Tél. dom* : _____ | Tél. dom* : _____ |
| Tél. port* : _____ | Tél. port* : _____ |
| Mail : _____ | Mail : _____ |
| Lieu de travail : _____ | Lieu de travail : _____ |
| Tél.* du lieu de travail : _____ | Tél.* du lieu de travail : _____ |
| N° Allocataire CAF : _____ | N° Allocataire CAF : _____ |

* Prévenir immédiatement en cas de changement

• RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Groupe sanguin : _____ L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

◆ Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'emballage, marquées au nom de l'enfant, avec la notice. Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.

• Médecin traitant :

| | |
|-------------------|--|
| Nom : | |
| Adresse : | |
| N° de téléphone : | |

► En cas d'urgence et en cas d'absence du médecin de famille, un autre docteur pourra être appelé.

• Vaccinations :

| Vaccin | Oui | Non | Date | Vaccin | Oui | Non | Date |
|----------|-----|-----|------|----------------|-----|-----|------|
| DT POLIO | | | | ANTIVARIOLIQUE | | | |
| DT COQ | | | | R.O.R. | | | |
| TETRACOC | | | | AUTRES | | | |
| BCG | | | | | | | |

• Maladies contractée(s) :

| RUBEOLE | VARICELLE | COQUELUCHE | SCARLATINE | ROUGEOLE |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| OREILLONS | ANGINE | OTITE | RHUMATISME ARTIC AIGU | AUTRES (1) |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (1) Si oui, lesquelles : | | | | |



VILLE DE ZUYDCOOTE – FICHE SANITAIRE

ANNEE 2023 – 2024

École - Cantine – Périscolaire – Accueil de loisirs

• Allergies :

| ASTHME | ALIMENTAIRES | MEDICAMENTEUSES | AUTRES |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

◆ Si oui, pensez à ramener le certificat médical dans le cadre du Protocole d'Accueil Individualisé.

▶ Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir : _____

▶ Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes (doit-il les garder en permanence ?), prothèse, etc. ? _____

▶ Précisez les difficultés de santé, maladie, accident, etc. en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

▶ En cas d'accident, les instituteurs/animateurs appellent les pompiers et/ou le SMUR puis les parents.

• AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) de l'enfant, autorise ce(cette) dernier(e) à participer aux activités suivantes :

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patinoire | <input type="checkbox"/> Visites d'animaux | <input type="checkbox"/> Piscine, baignade à la plage |
| <input type="checkbox"/> Sorties à vélo | <input type="checkbox"/> Être maquillé(e) pour jeux et fêtes | <input type="checkbox"/> Être pris(e) en photo ou filmé(e) |
| <input type="checkbox"/> Autorise la publication sur le site internet/facebook/application de la commune, la photo représentant mon enfant, prise au cours des temps d'école, de cantine, de périscolaire ou d'accueil de loisirs. | | |

▶ Autorise l'association Proxi Services à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale.

▶ Décharge l'association Proxi Services et l'équipe d'animation de toute responsabilité dès le départ de l'enfant.

Veuillez indiquer ci-dessous les personnes autorisées à venir chercher votre enfant en dehors du responsable légal :

| Nom et prénom : | Lien avec l'enfant : | N° de téléphone : |
|-----------------|----------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) de l'enfant, autorise mon enfant à sortir seul :

Le midi : Oui Non

Le soir : Oui Non

• ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Lieu et date :

Signature :

Précédé de la mention « Lu et approuvé »