



VILLE DE ZUYDCOOTE – FICHE SANITAIRE

ANNEE 2024 – 2025

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	<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 <input type="checkbox"/> Non
OREILLONS	ANGINE	OTITE	RHUMATISME ARTIC AIGU	AUTRES (1)
<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 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(1) Si oui, lesquelles :				



VILLE DE ZUYDCOOTE – FICHE SANITAIRE

ANNEE 2024 – 2025

École - Cantine – Périscolaire – Accueil de loisirs

• Allergies :

ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
<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 <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 »