

# Fiche sanitaire ALAE- RESTAURATION SCOLAIRE

## 2020/2021

NOM et prénom de l'enfant : .....

### 1- VACCINATIONS

L'admission d'un enfant en accueil collectif de mineurs est conditionnée à la fourniture préalable, sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur, au responsable de l'accueil :

- Aux vaccinations obligatoires : **copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations à jour avec le nom et prénom de l'enfant sur toutes les pages**
- Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires ; l'obligation de vaccination par le BCG pour les enfants et les adolescents avant l'entrée en collectivité est suspendue, mais reste recommandée pour les enfants exposés à la tuberculose.
- Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

### 2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- L'enfant a-t-il ou aura-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé – PAI ?  Oui  Non

Si oui, merci de nous préciser pour quelle pathologie : .....

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (si oui, entourer la ou les maladies)

Rubéole - Varicelle - Angine - Coqueluche - Oreillons  
Otite - Rougeole - Scarlatine - Rhumatisme articulaire aigu

- L'enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu les allergies suivantes (si oui, cocher la ou les cases)

Asthme  alimentaires  médicamenteuses  autres (animaux, plantes, pollen ...)

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir : .....

.....

*Merci de bien vouloir tourner la page*



**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Indiquez ci-après, port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs ..., des difficultés de santé (maladies, accident, hospitalisation ...) pour éventuellement transmettre ces informations aux services d'urgence.

.....

.....

.....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....

N° sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : .....

**4- RESPONSABLE (S) DU MINEUR**

Nom : .....Prénom : .....

Numéros de téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Numéros de téléphone : .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
J'autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : .....

SIGNATURE (S) DU (DES) RESPONSABLE (S) LEGAL (AUX)

