



Castillon-la-Bataille

FICHE SANITAIRE ENFANT ELEMENTAIRE 2020-2021

(Une fiche par enfant)

A REMETTRE A M. Simon DAVID A L'ECOLE :

Jeudi 3 septembre 2020 de 16h à 18h

Lundi 7 septembre 2020 de 16h à 18h

Jeudi 10 septembre 2020 16h à 18h

Tout changement, doit être signalé à la Mairie ou aux Agents des Ecoles

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : __/__/__

Sexe : M F

Lieu de naissance : _____ Département : _____

Pays : _____

ECOLE :

CLASSE : NOM DE L'ENSEIGNANT(e)

VACCINATIONS

Fournir 2 copies des pages de vaccinations du carnet de santé (au nom de l'enfant)

L'enfant a-t-il eu des maladies suivantes ?

ANGINE

ROUGEOLE

OTITE

VARICELLE

COQUELUCHE

RUBEOLE

AUTRES :

OREILLONS

SCARLATINE

Allergies : Présence d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

OUI (joindre à la fiche sanitaire) NON

PRECISEZ : (asthme, allergie médicamenteuse ou alimentaire, convulsions... précisez les symptômes)

L'enfant porte-t-il des lunettes en permanence OUI NON

(Si oui pensez à une boîte pour les ranger en cas de besoin)

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

Numéros de téléphone : _____

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de l'enfant)..... né(e) le
.....

Déclare autoriser le responsable de mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence, prescrites par le médecin.

Déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées.

En cas de maladies, les frais de nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatifs de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

A, le.....

Signature,

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

ET /OU

**AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT EN CHARGE
(En dehors du ou des Parents mentionnés sur le dossier).**

CONTACT 1

NOM : Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (Parents oncle, tante, grands-parents, ...).....

N° de téléphone domicile : Mobile :

Adresse :

A Contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

CONTACT 2

NOM : Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (Parents oncle, tante, grands-parents, ...).....

N° de téléphone domicile : Mobile :

Adresse :

A Contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

CONTACT 3

NOM : Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (Parents oncle, tante, grands-parents, ...).....

N° de téléphone domicile : Mobile :

Adresse :

A Contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

CONTACT 4

NOM : Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (Parents oncle, tante, grands-parents, ...).....

N° de téléphone domicile : Mobile :

J'autorise le personnel à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessaires par son état et à le transporter d'un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté.

Date : /..... /

Signature :

CONTACT 5

NOM : Prénom :

Né(e) le

Lien de parenté (Parents oncle, tante, grands-parents, ...).....

N° de téléphone domicile : Mobile :

J'autorise le personnel à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessaires par son état et à le transporter d'un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté.

Date : /..... /

Signature :

AUTORISATION DE SORTIE

ELEMENTAIRES UNIQUEMENT :

J'autorise mon enfant à partir seul. Je dégage la mairie de CASTILLON-LA-BATAILLE et le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité.

NON je n'autorise pas mon enfant à partir seul.

Date : /..... /

Signature :