

## Fiche sanitaire - 2024-2025

### Etat civil de l'enfant/jeune

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Date de naissance : ..... Age : .....

Classe suivie sur l'année scolaire 2024-2025 : ..... Sexe : F  M

Ou accueil au Multi-Accueil : oui

Adresse e-mail du jeune : .....

### Représentants légaux

	Représentant 1	Représentant 2
	Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom - Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. professionnel		
Tél. portable		
Adresse Courriel		

Représentant légal (si différent des parents) :

(Nom, Adresse, téléphone)

### Autorisation de prise en charge par un tiers

Seuls les parents exerçant l'autorité parentale et les personnes dûment mandatées par eux peuvent retirer les enfants au plus tard à la fin de la période normale de fonctionnement des structures d'accueil.

\* J'autorise : .....

(Nom, Prénom, téléphone)

à venir chercher mon enfant dans les accueils municipaux pendant l'année 2024-2025,

\* J'autorise : .....

(Nom, prénom du jeune)

à quitter seul(e) la structure d'accueil (à l'exclusion des maternelles et des enfants du Multi-Accueil).

# Médecin traitant

Nom : .....

Adresse : .....

☎ : .....

## Autorisation de soin

Je soussigné(e)....., agissant en qualité de père, mère, tuteur, (*rayez la mention inutile*) **AUTORISE** le responsable à donner les soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers, et **M'ENGAGE** à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Personne à joindre en cas d'urgence : .....  
(Nom et Prénom)

☎ Travail : .....

☎ Domicile : .....

☎ Portable : .....

## Renseignements médicaux (joindre obligatoirement la copie des pages de vaccination du carnet de santé pour les enfants du Multi-Accueil)

Vaccinations	Dates	1 <sup>er</sup> rappel	2 <sup>e</sup> rappel
BCG			
DT Polio			
DT Coq			
R.O.R.			
Hépatite B			
Haemophilus influenzae b			
Méningocoque C			
Pneumocoque			
Autres vaccins			

### Allergie(s) (cocher le(s) case(s))

Avec PAI  Sans PAI

Médicamenteuse OUI  NON

Alimentaire OUI  NON

Asthme OUI  NON

Autres .....

### Préciser les conduites à tenir :

.....  
.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher la (les) case(s) correspondante(s))

Rubéole  Coqueluche  Rougeole

Varicelle  Scarlatine  Oreillons

Angines  Otites  Asthme

Indiquer les difficultés de santé de l'enfant en précisant les dates (maladies, accidents, allergies, opérations) : .....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si OUI, lequel ? .....

*Joindre la photocopie de l'ordonnance\* -IMPERATIF-*

*\* en cas de traitement médical en cours d'année, la photocopie de l'ordonnance sera exigée pour tout traitement.*

Le .....

Signature

**Droit à l'image** : j'autorise la ville de Sucé-sur-Erdre à utiliser gratuitement des photos de mon enfant dans les publications municipales. En cas de refus, merci d'adresser un courrier en Mairie accompagné d'une photo de l'enfant.

A Sucé-sur-Erdre, le .....

Signature :