



Ville de Roeux

FICHE SANITAIRE 2024/2025

Services Garderie périscolaire/Restauration Scolaire/ Accueils de loisirs

En cas d'accident, les agents d'encadrement doivent prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Il est donc indispensable que vous complétiez les informations suivantes.

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

N° de sécurité Sociale de l'ayant droit :

1. Téléphone du domicile :

2. Tél. portable du père et/ou de la mère.....

3. Tél. professionnel du père et/ou de la mère.....

4. Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

SANTE DE L'ENFANT

Antécédents (opération, accidents,) :

.....

ETAT DE SANTE : Indiquez les difficultés de santé (Maladie, Hospitalisation, Epilepsie, Diabète,)

.....

.....

ALLERGIES :

ASTHME MÉDICAMENTEUSES : ALIMENTAIRES :

AUTRES (à préciser : migraine, spasmophilie, ...) :

Votre enfant a un PAI : **Oui** **Non**

Joindre le **PAI**, une **ordonnance** récente, et les **médicaments** correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le parent est chargé de montrer au personnel accueillant les techniques d'administration du traitement.

REGIME ALIMENTAIRE : Sans Porc Sans Viande

MEDECIN TRAITANT : (Nom, adresse et n° de téléphone)

.....

L'enfant est-il assisté par un ou une AVS dans le cadre de sa scolarité ? Oui Non

Joindre la copie des vaccins au service enfance jeunesse.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A Le Signature des parents ou représentants légaux



FICHE SANITAIRE 2024/2025

Services Garderie périscolaire/Restauration Scolaire/ Accueils de loisirs

Ville de Roelx

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'attention de la responsable du Service Enfance-Jeunesse.

Un certificat médical est demandé dans le cadre de l'accueil collectif de mineur.
Celui-ci est à compléter par le médecin traitant et est valable pour **l'année civile**.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____ ,

Certifie que l'enfant _____

Né(e) le _____

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques,

Est apte à la vie en collectivité,

Est à jour de ses vaccinations,

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à _____ ,

Le _____ .

Signature et cachet

A noter : Si le médecin n'utilise pas le modèle prérempli, toutes les informations ci-dessus doivent être indiquées dans le certificat qu'il rédigera.