



FICHE DONNÉES DE SANTÉ (à remplir)

N° DOSSIER / N°FAMILLE:

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : NE(E) LE :

MALADIES INFANTILES

	Oui	Non		Oui	Non	Autres maladies infantiles :
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ALLERGIES

	Oui	Non	Si oui précisez :
Asthmes - respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autres allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

APPAREILLAGES

	Oui	Non		Oui	Non	Autres appareillages
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Aucun médicament ne sera administré à votre enfant - Si votre enfant nécessite un traitement particulier :

	Oui	Non	Si Oui, précisez (date à fournir)
Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil individualisé PAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Traitement médical sur temps scolaire, péri ou extra-scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Votre enfant bénéficie-t-il d'un panier repas sur temps scolaire, péri ou extra-scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES nécessitant une surveillance particulière (maladie, opérations, ...) dates à préciser :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, reconnais :

- Que les données ci-dessus sont obligatoires à l'accueil de mon enfant au sein des activités périscolaires et extrascolaires
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Avoir refusé le traitement informatique des données de santé de mon enfant et choisi de transmettre ces données de santé sous format papier auprès du référent ALAE
- Avoir pris connaissance qu'en cas de non transmission de cette Fiche Données de Santé auprès du référent, mon enfant ne pourra être accepté au sein de l'activité périscolaire et extrascolaire

Fait le :

Signature :