FICHE SANITAIRE
Cantine / Périscolaire

L'enfant a t-il un traitement à l'année : ☐ Oui ☐ Non
Si oui lequel :

_____

_____

L'enfant est-il allergique : ☐ Oui ☐ Non

Si oui veuillez préciser les allergies (médicaments ou autres) :

L'enfant a-t-il des antécédents médicaux : ☐ Oui ☐ Non
Si oui lesquels :

_____

_____

Régime alimentaire :

L'enfant mange-t-il du porc : ☐ Oui ☐ Non

Est-il végétarien : ☐ Oui ☐ Non

Autre régime : _____

Médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ /__/__/

POUR LES ALLERGIES OBLIGATION DE NOUS FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL POUR ETABLIR UN PAI

Chaque changement doit faire l'objet d'une demande écrite auprès de la responsable .

A joindre une photocopie des vaccinations

Je soussigné (e) : _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise-le ou la responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale …), rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : _____ Signature du responsable légal :

Le : _____