**FICHE SANITAIRE**

**RESTAURANT SCOLAIRE**

**Année scolaire 2019-2020**

|  |
| --- |
| **ENFANT** |

Nom :………………………………………………Prénom…………………………………………….

Sexe…  Masculin Féminin

Né (e) le………………………..…………Lieu de naissance…………………………………….

Ecole fréquentée  Publique Privée

Classe :………………..

|  |
| --- |
| **PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE** |
| **Nom / Prénom** | **Téléphone** | **Lien de parenté** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SANITAIRES** |

**Médecin traitant à prévenir en cas d’accident**

Nom :………………………………………………Prénom…………………………………………….

Commune :……………………………………….. N° de téléphone :………………………………….

**Vaccination : Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

**** DT POLIO Date du vaccin obligatoire :……………………………………………..

BCG Date du vaccin obligatoire :……………………………………………..

**Renseignements médicaux concernant l’enfant**

**** Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) :

 Maladies chroniques : asthmes, convulsions, diabète, autres (précisez) :………………………

 Réactions allergiques : médicaments, aliments, autres (précisez)…………………………..……

**Précautions à prendre**

**** Port de lunettes  Port d’un appareil dentaire  Autres : (précisez)…….

Je soussigné (e) Mme/M……………………………………………, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et AUTORISE le Maire d’Aubigné-Racan à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Fait à le

Signatures des parents ou responsables légaux