



Cantine Scolaire de Saint Forgeux

Année Scolaire 2024/2025

(une fiche par enfant)

FICHE SANITAIRE ET INFORMATIVE

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

VACCINATION (se référer au carnet de santé de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit-il un traitement médical (cocher)	oui	non	
<u>Si oui</u> joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)			
Votre enfant suit-il un régime particulier (sans viande/sans porc) ? (cocher)	oui	non	
Si oui précisez lequel :			
Votre enfant présente-t-il des allergies (cocher)	oui	non	
Si oui précisez lesquelles :			
Votre enfant a-t-il un PAI ? (Plan d'Accueil Individualisé) (cocher)	oui	non	
Si oui , fournir le document dûment complété et signé par le médecin			
Nom et numéro de téléphone du médecin traitant			
Autres informations ou recommandations utiles des parents concernant l'état de santé de l'enfant			

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE Et autorisées à venir chercher l'enfant en cas de besoin

(en plus des responsables légaux)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

DROIT A L'IMAGE

Cocher la case correspondante			OUI	NON
J'autorise mon enfant à être photographié/filmé lors des temps de repas				
J'autorise mon enfant à être photographié/filmé lors des temps d'animation organisés par la cantine				
J'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photos/films sur la page Facebook de la cantine				
J'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photos/films par la presse locale				

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 : _____