

(Document à retourner à la Mairie)

## FICHE SANITAIRE

**Restaurant scolaire, accueil périscolaire ZABEL**  
**Année scolaire 2024/2025**

**Enfant (remplir une fiche par enfant)**

Nom, Prénom :	<input type="text"/>
Date de Naissance :	<input type="text"/>
Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Adresse :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**Vaccinations à jour** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date de derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="text"/>
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :**

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---	--	--	--	---	--	---

## Allergies

Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Lingettes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	--	---	---	--

## Indiquez ci-après

Les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

## Recommandations utiles des parents

Si votre enfant porte des lunettes, lentilles, prothèses dentaires ou auditives, etc.

## Autorisation en cas d'urgence

Je soussigné(e)

père, mère, ou tuteur de(s) enfant(s)

Déclare exacts les renseignements portés sur ce document et autorise le personnel de service du restaurant scolaire, de l'accueil périscolaire ZABEL à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Médecin de famille

Téléphone :

En cas d'hospitalisation, je préfère que mon enfant soit orienté vers

L'hôpital de Cholet  La Polyclinique de Cholet

N° de sécurité sociale du responsable de l'enfant

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom

Lien de parenté avec l'enfant

Adresse.

  

Téléphone domicile

Portable

Nom

Lien de parenté avec l'enfant

Adresse

  

Téléphone domicile

Portable

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente fiche.

A Mazières-en-Mauges, le

Le représentant légal