

DOSSIER SANITAIRE - CONFIDENTIEL

Année 2023/2024

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance:

Adresse complète :

Classe : Établissement :

Nom et téléphone du médecin traitant

Groupe sanguin et rhésus (si connu) :



NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Veuillez informer **impérativement** l'administration en cas de modification de ces renseignements

	NOM	PRÉNOM	TEL. DOMICILE	TEL MOBILE	TEL PROFESSIONNEL
Responsable 1					
Responsable 2					
Autres (à préciser ci-dessous)					
QUALITE	NOM	PRÉNOM	TEL. DOMICILE	TEL MOBILE	TEL PROFESSIONNEL

Par mesure de sécurité pour vos enfants, aucun médicament ne doit circuler dans l'enceinte du Centre de Loisirs. En cas de traitement occasionnel, les médicaments doivent être **impérativement** remis à la Direction du Centre de Loisirs, accompagnés de l'ordonnance du médecin traitant, datée et mentionnant la posologie ainsi que la durée du traitement

La Direction du Centre de Loisirs vous remercie de la confiance que vous voudrez bien lui accorder en retournant la présente fiche ainsi que le questionnaire médical ci-joint (**si nécessaire sous pli cacheté, portant la mention « Infirmerie – confidentiel » avec le nom et le prénom de l'enfant**).

En cas d'urgence, votre enfant sera transporté au Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco. Les services de secours assureront son transfert au Centre Hospitalier Princesse Grace ou, dans le cadre d'une sortie, vers le centre hospitalier le plus proche. La famille sera prévenue sans délai.

« En application de l'article 14 de la loi du 23 décembre 1993, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer auprès de la Direction de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports soit en vous rendant sur place, soit par courrier postal ou électronique »

DOSSIER SANITAIRE - CONFIDENTIEL

Année 2023/2024

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> varicelle | <input type="checkbox"/> rougeole | <input type="checkbox"/> oreillons | <input type="checkbox"/> hépatite |
| <input type="checkbox"/> coqueluche | <input type="checkbox"/> rubéole | <input type="checkbox"/> scarlatine | <input type="checkbox"/> méningite |

Autre(s) maladie(s) (à préciser)

Est-il sujet aux affections suivantes :

- | | | | |
|---------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> angine | <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> otite | <input type="checkbox"/> migraine |
| <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> saignement du nez | <input type="checkbox"/> mal de transport | |

Autre(s) (à préciser) :

Est-il allergique :

- Aux piqûres d'insectes
- À certains médicaments (à préciser)
- À certains aliments (à préciser)
- Autre(s) (à préciser)

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Assistant de Vie Scolaire (A.V.S.) ? OUI NON

Si Oui ; prendre contact avec la DASO

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) médical ? OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole de Restauration Individualisée (P.R.I.) ? OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole Panier Repas (P.P.R.) ? OUI NON

En cas de protocole médical d'urgence, un P.A.I. est validé par le Médecin Inspecteur des Scolaires. Il comporte une trousse d'urgence nominative composée des traitements médicaux remis à la Direction du Centre de Loisirs. Ils sont gardés jusqu'à la fin de leur péremption. Ils ne sont pas rendus aux familles d'une période de vacances scolaires à l'autre.

A-t-il eu récemment :

- Une intervention chirurgicale (à préciser)
 - Une fracture (à préciser)
 - Des convulsions
 - Des troubles psychologiques nécessitant une attention particulière
- Des troubles de l'audition du langage de la vue de l'équilibre

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il :

- des lunettes Des verres de contact Un appareil dentaire Un appareil auditif
 Autres

Votre enfant a-t-il une phobie : NON OUI (à préciser)

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? NON OUI

Veuillez fournir un certificat dans les cas suivant :

- * Votre enfant suit **un traitement médical permanent** (hors P.A.I.) ;
- * Votre enfant suit **un traitement médical occasionnel**

Accompagné de l'ordonnance du médecin traitant, datée, et mentionnant la posologie ainsi que la durée du traitement.

Autres problèmes de santé

Recommandations particulières :

Je, (Nous) soussigné(s),..... responsable(s) légal(aux) de l'enfant,

(NOM, Prénom)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs Prince Albert II, le cas échéant, **à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date :
Signature(s) du/des responsable(s) légal(aux)

L'équipe de direction se doit d'informer les parents, les responsables légaux, la personne, qui assume la garde d'un enfant de la possibilité de se mettre en rapport avec l'Inspection Médicale des Scolaires (IMS) pour toute question relative à la santé de leur enfant.

« En application de l'article 14 de la loi du 23 décembre 1993, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer auprès de la Direction de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports soit en vous rendant sur place, soit par courrier postal ou électronique »