



# FICHE SANITAIRE – ANNÉE 2020/2021

GARDERIE MUNICIPALE

Ecole :  du Rocher  Saint Gildas

Nombre d'enfants fréquentant la garderie :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant 1

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>		<b>INSCRIPTION</b>
<b>Date de naissance :</b>		<b>Classe :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Enfant 2

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>		<b>INSCRIPTION</b>
<b>Date de naissance :</b>		<b>Classe :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Enfant 3

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>		<b>INSCRIPTION</b>
<b>Date de naissance :</b>		<b>Classe :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Enfant 4

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>		<b>INSCRIPTION</b>
<b>Date de naissance :</b>		<b>Classe :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## RESPONSABLES LÉGAUX

NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Père <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>
Mère <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>
Responsable légal <input type="checkbox"/>	Responsable légal <input type="checkbox"/>
<b>Personnel</b>	<b>Personnel</b>
☎ .....	☎ .....
📞 .....	📞 .....
@ .....	@ .....
<b>Professionnel</b>	<b>Professionnel</b>
☎ .....	☎ .....
📞 .....	📞 .....
@ .....	@ .....

**Autres personnes pouvant être contactée en cas d'urgence :**  
.....  
.....  
.....  
.....

### Assurance « responsabilité civile » : Attestation en cours obligatoire pour la rentrée scolaire

N° de police : .....  
Compagnie d'assurance : .....

NOM de l'enfant	Sexe	Vaccins	Enfant hémophile	Problèmes médicaux à nous signaler	Types d'allergies – PAI (médicaments et ordonnance) *
	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

\* Joindre ordonnance du médecin dans une trousse contenant la prescription et étiquetée au nom de l'enfant et accompagné d'une photo

Recommandations particulières (lunettes lentilles, prothèses auditives/dentaires, etc....) :

.....  
 .....

En cas d'accidents, l'enfant doit-il être conduit dans un établissement ou chez un médecin particulier ?

.....  
 ☎ .....

## AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) .....

représentant légal de l'enfant ou des enfants suivants :

Autorise mon enfant ou mes enfants (de plus de 6 ans) à quitter la garderie sans la présence d'un adulte

Autorise mon enfant ou mes enfants à quitter la garderie seul pour se rendre à une activité extérieure **et sans retour à la garderie.**

NOM – Prénom de l'enfant :	AUTORISATION	AUTORISATION ACTIVITE EXTERIEURE
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Jours : ..... ☎ heure de départ : .....	Jours : ..... ☎ heure de départ : .....
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Jours : ..... ☎ heure de départ : .....	Jours : ..... ☎ heure de départ : .....
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Jours : ..... ☎ heure de départ : .....	Jours : ..... ☎ heure de départ : .....
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Jours : ..... ☎ heure de départ : .....	Jours : ..... ☎ heure de départ : .....

### LISTE DES PERSONNES POUVANT LE/LES RÉCUPÉRER :

.....  
 .....

Fait à ....., le ...../...../2020

Signature des parents ou du représentant légal :