



FICHE SANITAIRE – ANNÉE 2023/2024

GARDERIE MUNICIPALE

Ecole : du Rocher Saint Gildas

Nombre d'enfants fréquentant la garderie :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant 1	NOM :	Prénom :	INSCRIPTION
	Date de naissance :	Classe :	

Enfant 2	NOM :	Prénom :	INSCRIPTION
	Date de naissance :	Classe :	

Enfant 3	NOM :	Prénom :	INSCRIPTION
	Date de naissance :	Classe :	

Enfant 4	NOM :	Prénom :	INSCRIPTION
	Date de naissance :	Classe :	

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"/>
Personnel	Personnel
☎	☎
📞	📞
@	@
Professionnel	Professionnel
☎	☎
📞	📞
@	@

Autres personnes pouvant être contactées 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) *	Trousse médicaments
	<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"/>
	<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"/>
	<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"/>
	<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"/>

* 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 ?

oui non

NOM du Médecin traitant ou NOM du centre hospitalier de préférence :



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/...../2023

Signature des parents ou du représentant légal :