



FICHE SANITAIRE

Ce document sera transmis aux équipes d'animation périscolaire, au service Affaires Scolaires /Animation de la Direction de la Parentalité et de l'Éducation pour le suivi des PAI et au service restauration pour l'ajustement des commandes de repas. Il permet de leur délivrer les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

Enfant :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance : __ / __ / _____ GARÇON FILLE

Renseignements d'ordre médical concernant votre enfant :

Si votre enfant souffre d'une pathologie (diabète, asthme, épilepsie, drépanocytose, maladie cardiaque), d'une allergie ou d'une intolérance alimentaire, d'un problème de santé nécessitant un traitement, une surveillance, un temps de repos, il est nécessaire de mettre en place un

Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Si votre enfant est concerné, indiquez votre situation en complétant ci-dessous :

- PAI à renouveler (si PAI en cours en 2024/2025 et si pas de changement)
- Nouveau PAI (y compris PAI en cours à faire évoluer).

	Précisez :	Pièces à fournir
Allergie(s) alimentaire (s)		PAI
Régime alimentaire en raison d'une pathologie médicale		PAI
Prise de traitement, médicament, protocole urgence		PAI

Votre enfant porte-il : des lentilles des lunettes

Votre enfant as-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Autre recommandation particulière concernant la santé de votre enfant :

.....

Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

Pour accueillir au mieux votre enfant merci de nous signaler s'il - elle a des besoins spécifiques :

Un handicap physique limitant ses activités, son autonomie ou nécessitant un appareillage, un accompagnement spécifique ? Précisez

.....

Un handicap mental nécessitant une prise en charge spécifique ? Précisez

.....

Un handicap sensoriel (troubles de la vision, difficultés auditives nécessitant un appareillage) ? Précisez

.....

Un trouble du caractère, du comportement et/ou des difficultés d'adaptation ? Si oui, fait-il l'objet d'un suivi particulier (psychologue scolaire, pédopsychiatre, etc...)

Précisez le traitement en cours selon les dernières recommandations du médecin sans oublier de fournir les médicaments prescrits et la copie de l'ordonnance

.....

Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires pour tous les enfants	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	Oui	Non	Date des derniers rappels
Haemophilus influenzae de type b (HIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si votre enfant n'a pas été vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

Nom et Tél. du médecin traitant : _____

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Périodes	JUILLET 2025
Fait à	
Le	___ ___ / ___ ___ / 2025
Signature	

En complétant et signant le présent formulaire, vous manifestez votre consentement à la collecte, puis au traitement par la Ville de SAINTE MARIE de vos données à caractère personnel dans les conditions ci-après.

La Ville de SAINTE MARIE recueille ici vos données à caractère personnel pour lui permettre d'accomplir les prestations objet du contrat ou du service souscrit par vos soins. Vos données seront traitées par la Direction de la Parentalité et de l'Éducation afin d'organiser les ACM. Aucun traitement n'est effectué ni aucune donnée traitée en dehors de l'Union Européenne. Vos données seront conservées pour une durée de deux ans puis archivées, supprimées ou vous seront restituées selon les cas. En vertu du Règlement Européen du 27 avril 2016 (RGPD) et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et solliciter la portabilité de vos données. Pour exercer vos droits et poser toute question, vous pouvez vous adresser à la Ville de SAINTE MARIE, Directions de la Parentalité et de l'Éducation, Halte Junior, rue de la Cocoterai 97230 SAINTE MARIE. Adresse mail : animation@mairiedesaintemarie.fr.