



## Fiche sanitaire

Enfant : M F

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :

Date de naissance : .....

### Renseignements médicaux

Maladies	Allergies
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Alimentaires
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	
<input type="checkbox"/> Oreillons	
<input type="checkbox"/> Otite	
<input type="checkbox"/> Rubéole	
<input type="checkbox"/> Scarlatine	
<input type="checkbox"/> Varicelle	

Traitement médical :	Difficultés de santé :
----------------------	------------------------

Recommandations utiles des parents :
--------------------------------------

Vaccin DT polio fait le : .....

**le dernier rappel doit avoir été fait il y a moins de cinq ans.  
Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé.**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

<b>Signature :</b>
--------------------

Fait à Montivilliers le

.....



## Fiche d'autorisations

Responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Tel : ..... Mail : .....

Adresse : .....

### Détail des autorisations

<input type="checkbox"/> Autorise	LA VILLE DE MONTIVILLIERS A PRENDRE EN PHOTO MA FILLE MON FILS DANS LE CADRE DES ACTIVITES PEDAGOGIQUES
<input type="checkbox"/> N'autorise pas	
<input type="checkbox"/> Autorise	LE RESPONSABLE DE L'ACCUEIL A PRENDRE TOUTE MESURE (TRAITEMENT HOSPITALISATION INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUE NECESSAIRE PAR L'ETAT DE L'ENFANT.
<input type="checkbox"/> N'autorise pas	
<input type="checkbox"/> Autorise	MON FILS MA FILLE A PARTIR SEUL (E) DE L'ACTIVITE
<input type="checkbox"/> N'autorise pas	

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

- .....  
- .....  
- .....  
- .....

**Signature :**

Fait à MONTIVILLIERS, le

.....