



Communauté de Communes du Haut Allier
« Maison de l'Enfance »
1 quai du Langouyrou
48300 LANGOGNE
Tél. : 04.11.58.00.07
Mail : p.delsarte@ccha-langogne.com

FICHE SANITAIRE A.C.M « MAISON DE L'ENFANCE » CCHA LANGOGNE- HAUT ALLIER

L'enfant

NOM – PRENOM : _____ Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Les représentants légaux

Parents/ autres (précisez) (responsable du dossier CAF)
NOM - PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
Téléphone Fixe		
Téléphone Portable		
Adresse Mail		
N° allocataire CAF/MSA		
Profession (facultatif) Nom de l'employeur		
N° téléphone professionnel		
Nom et N° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence		

La Fratrie

NOM – PRENOM : _____ Date de Naissance : _____

NOM – PRENOM : _____ Date de Naissance : _____

NOM – PRENOM : _____ Date de Naissance : _____

NOM – PRENOM : _____ Date de Naissance : _____

INFORMATIONS MEDICALES



Communauté de Communes du Haut Allier
« Maison de l'Enfance »
1 quai du Langouyrou
48300 LANGOGNE
Tél. : 04.11.58.00.07
Mail : p.delsarte@ccha-langogne.com

Vaccins (photocopie du carnet de santé à joindre à la fiche sanitaire)

	Réalisé le :
DTP :	
Coqueluche :	
Haemophilus Influenza de type B :	
Hépatite B :	
Pneumocoque :	
Méningocoque C :	
ROR :	

L'accueil à l'ACM de Langogne est soumis aux réglementations vaccinales en cours.

Antécédents Médicaux (Dates et observations utiles à l'accueil de l'enfant) :

Allergies / PAI :

Les repas servis à l'ACM de Langogne sont livrés par le Centre Hospitalier de Langogne.

Port de lunettes de vue : OUI NON Si oui, Port de lunettes nécessaire aux activités sportives : OUI NON
(Rayer les mentions inutiles)

Traitements :

Le personnel de l'ACM de Langogne n'est pas formé à l'administration de traitement.

Il est demandé aux familles d'administrer le traitement éventuel avant et/ ou après l'accueil de l'enfant.

En cas de besoin (hyperthermie, ...) le personnel contactera un représentant légal.

Merci de nous signaler tout changement de coordonnées téléphoniques.

Autorisation en cas d'urgence (valable du 09/07/2018 au 05/07/2019) :

Je soussigné Mr, Mme _____, parent de l'enfant _____
autorise le personnel de la « Maison de l'Enfance » à prendre les mesures d'urgences nécessaires (Pompiers,
Hospitalisation, SAMU, ...)

Fait à :

Signature des représentants légaux

Le :