

FICHE SANITAIRE année 2025-2026 ACCUEIL DE LOISIRS Services périscolaires et extrascolaires



A retourner UNIQUEMENT au restaurant scolaire avant le 02 juin 2025

ECRIRE EN MAJUSCULES

NOM et PRENOM de l'enfant :	
Date de naissance : Classe à la rentrée :	
RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse:	Adresse:
Commune:	Commune:
N° de téléphone :	N° de téléphone :
N° professionnel :	N° professionnel :
Mail:	Mail:
Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant (NOM, prénom, téléphone et adresse) : 1- 2-	
3-	
4-	
RUBRIQUE SANTE	
L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? oui non	
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une trousse au nom de l'enfant, accompagnés de la notice	
Aucun médicament (même homéopathique) ne pourra être donné sans ordonnance	
P.A.I. (protocole d'accueil individualisé) : oui non	
ALLERGIES: Si oui, précisez la conduite à tenir et joindre le protocole du médecin ou une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une trousse au nom de l'enfant, accompagnés de la notice.	

-	Médicamenteuses :
-	Alimentaires:
-	De contact :
	Aux hyménoptères (guêpes ; abeilles ; frelons) :
-	Autres:
GROU	PE SANGUIN (si connu) :
MALA	DIES CHRONIQUES :
	DU DERNIER VACCIN ANTITETANIQUE : / / re obligatoirement la copie de la page des vaccins du carnet de santé de l'enfant)
NOM E	ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT
Télépho	one: / / / /
Je soussig	gné(e),
• A	Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler aux responsables ous changements éventuels autorise les responsables de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas l'urgence médicale, y compris un transport en milieu hospitalier et m'engage à rembourser les frais nédicaux éventuels
Fait à Cus	sy, le Signature du (des) parent(s)

Ce document est confidentiel et soumis à la discrétion professionnelle des agents communaux