

Fiche sanitaire - Année scolaire 2026/2027

NOM :

PRÉNOM :

NIVEAU SCOLAIRE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, n'hésitez pas à prendre contact avec l'équipe éducative pour tout changement durant l'année scolaire.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES OU INTOLÉRANCES SUIVANTES ?

ALIMENTAIRES	oui	☐	non	☐	si oui les parents doivent fournir le repas
MÉDICAMENTEUSES	oui	☐	non	☐	
ASTHME	oui	☐	non	☐	
AUTRES	oui	☐	non	☐	

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir avec un protocole médical :

.....

.....

.....

Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été signé avec les enseignants ?

Oui ☐ non ☐ Si non, il est obligatoire en cas d'allergie.

Pensez à fournir 2 trousse de médicaments, 1 pour l'école, 1 pour la cantine.

Prenez contact avec l'équipe enseignante et les agents de la commune pour expliquer les conduites à tenir.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant présente-il un problème particulier qui nécessite la transmission d'informations (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

oui ☐ non ☐

.....

.....

Port de lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires et autres, comportement de l'enfant :

.....

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Tél domicile :

Tél travail : Tél portable : Mail :

Nom et n° de l'assurance scolaire (joindre obligatoirement l'attestation) :

CAF / MSA Numéro allocataire :

Nom et téléphone du médecin traitant
(facultatif)

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

J'autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de cet enfant.

Date :

Signature du responsable légal :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident ou de maladie (nom, prénom, tél) :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les responsables légaux)

*Pour la Fondation, Maison relais... Aide familiale

CONTACT 1	CONTACT 2	CONTACT 3
NOM :	NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :	PRÉNOM :
QUALITÉ :	QUALITÉ :	QUALITÉ :
TEL :	TEL :	TEL :

AUTORISATION (cochez la case correspondante)

	J'autorise	Je n'autorise pas
DROIT A L'IMAGE Autorisation de photographier et filmer l'enfant à l'occasion des activités et d'utiliser à titre gracieux son image dans le cadre de l'illustration de supports de communication et d'information valorisant l'activité municipale.		

Si en cours d'année, il y a des changements concernant l'enfant ou les noms des personnes responsables, nous prévenir rapidement

A,
Le
Signature