

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Enfant : Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Né(e) le : ____/____/____ Lieu de naissance: _____

Classe fréquentée en septembre 2023 : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Commune : _____

N° de téléphone : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Commune : _____

N° de téléphone : _____

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____ Prénom : _____

Commune : _____ N° de téléphone : _____

Hospitalisation: ☐ Centre Hospitalier Universitaire ☐ Autre (précisez) : _____

Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

☐ DT Polio **ou** ☐ Tétracoq _____ Dates des derniers rappels : _____

☐ BCG _____ Dates des derniers rappels : _____

☐ Autres (Hépatites, ROR, Coqueluche,...) : _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant

☐ Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.)

☐ Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabète, autre (précisez) _____

☐ Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre (précisez) _____

☐ L'enfant suit un régime alimentaire (sur certificat médical). Précisez : _____

☐ L'enfant suit un traitement médical. Précisez : _____

☐ Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...) : _____

Précautions à prendre :

☐ Port de lunettes ☐ Port de lentilles de contact ☐ Port d'un appareil dentaire

☐ Port de prothèses auditives ☐ Autre (précisez) : _____

Je soussigné(e), Mme / M _____ responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les agents des services municipaux à prendre, le
cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à le Signature