

FICHE SANITAIRE

FAMILLE :

Nom/prénom du représentant légal :

Nom Médecin traitant :

Tél

Adresse

INSCRITS DE LA FAMILLE				
	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Lieu de naissance				
Classe				
Allergie(s)				
Maladie(s)				
Régime alimentaire PAI*				
Autres				

L'ensemble des données ci-dessus reste confidentiel.

Les représentants légaux gardent accès à cette fiche pour toutes modifications.

Élément(s) à joindre ou à fournir avant la rentrée scolaire :

- Document attestant que le(les) enfant(s) ont reçu les vaccinations obligatoires pour son(leur) âge ou photocopie(s) des vaccins dans le carnet de santé.
- Eventuellement PAI *(Protocole d'Accompagnement Individualisé), ainsi que la trousse d'urgence ou de médicaments.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° de Sécurité Sociale/MSA du représentant légal :

Nom et adresse de la Caisse :

Nom, adresse et N° d'adhérent Mutuelle :

Je/Nous, soussigné(e)(ons), autorise/autorisons les services municipaux encadrant mon(mes) / notre (nos) enfant(s) à faire soigner et pratiquer les interventions d'urgence par le médecin consulté, certifie/certifions l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage / nous engageons à prévenir le service de toute modification (changement de médecin traitant, problème de santé, etc.).

Fait à, le/...../20.....

Signature des représentants légaux :