



**FICHE SANITAIRE  
PÉRISCOLAIRE**  
Année scolaire 2024 - 2025

❖ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

ECOLE :  Buisson       Catalpas      Niveau scolaire : .....

NOM : .....      PRENOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....      Sexe :  Masculin     Féminin

	<b>Responsable légal 1</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal	<b>Responsable légal 2</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal
Nom		
Prénom		
Adresse		
Code postal / Ville		
Mail		
Téléphone portable		
Téléphone de l'employeur		

❖ **AUTORISATIONS**

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom	Prénom	Téléphone portable	Lien avec l'enfant

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

Nom	Prénom	Téléphone portable	Lien avec l'enfant

J'autorise mon enfant à :

- Participer aux activités proposées : physiques, culturelles, détente, etc       oui       non
- Partir seul de l'activité (public élémentaire)       oui       non
- Etre pris en photo (\*)       oui       non
- Etre filmé (\*)       oui       non
- Etre maquillé       oui       non

(\*) Par les services municipaux pour : journal municipal, site internet, réseaux sociaux de la ville.

❖ **VACCINS** (copie du carnet de santé à fournir)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons--Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq					
BCG					
Autres (préciser)					

**En cas de contre-indication à la vaccination, joindre 1 certificat médical.**

❖ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Nom du médecin traitant et N° de téléphone : .....

Votre enfant souffre-t-il d'allergie :

- Alimentaires :            Oui            Non
- Médicamenteuses :    Oui            Non
- Asthme :                Oui            Non
- Autres (préciser) : .....

Votre enfant dispose-t-il déjà d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :    Oui            Non

Votre enfant connaît-il des restrictions médicales particulières :                    Oui            Non

*Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de votre enfant, il ne sera accueilli au restaurant qu'après la signature d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI). Un accueil avec panier repas reste possible.*

*Vous devez contacter l'école afin qu'elle puisse vous conseiller dans les démarches qui permettront son accueil à l'école et dans les activités périscolaires.*

❖ **RECOMMANDATIONS UTILES**

- Régime alimentaire :  menu sans porc (remplacé par une autre viande)  
 menu sans viande (pas de remplacement)

Votre enfant porte-t-il : des lunettes, lentilles, prothèse auditive .....

Votre enfant présente-t-il des troubles du comportement (phobies ou autres...) merci de préciser :

.....



Je soussigné (e) .....  Père            Mère            Tuteur légal

Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir la direction de l'école et le service périscolaire de la Mairie de toute modification (problème de santé, situation familiale ...)

**En cas d'urgence, l'enfant malade ou accidenté est orienté ou transporté par les services de secours, la famille est immédiatement avertie.**

Fait à Villemandeur, le ..... / ..... / .....

Signature obligatoire du responsable légal