



FICHE SANITAIRE ENFANT

(une fiche par enfant)

Année scolaire 2021/2022

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : __ / __ / ____ Sexe: M F

Lieu de naissance : _____ Département : _____

Pays : _____

ECOLE : _____

CLASSE : _____ Nom de l'enseignant : _____

VACCINATIONS

Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé (au nom de l'enfant)

ALLERGIES : Présence d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

OUI (à joindre à la fiche sanitaire) NON

PRÉCISEZ :

ASTHME (Préciser s'il s'agit d'un asthme à l'effort ou allergique / s'il y a un traitement de fond)

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES (préciser le nom du médicament et les symptômes en cas d'ingestion)

L'enfant porte-t-il des lunettes en permanence OUI NON

(si oui pensez à une boîte pour les ranger en cas de besoin)

Nom du MÉDECIN TRAITANT : _____

Téléphone : _____

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MÉDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : _____ agissant en qualité de
père, mère, tuteur ou tutrice de (nom et prénom de l'enfant) _____
né(e) le _____

Déclare autoriser le responsable de mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les
mesures d'urgence, prescrites par le médecin.

Déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées.

A _____, le _____

Signature

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES A PRENDRE MON ENFANT EN CHARGE

CONTACT 1

Nom : _____ Prénom : _____

né(e) le _____

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...) _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone _____ portable _____

CONTACT 2

Nom : _____ Prénom : _____

né(e) le _____

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...) _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone _____ portable _____

CONTACT 3

Nom : _____ Prénom : _____

né(e) le _____

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...) _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone _____ portable _____

J'autorise le personnel à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état et à le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté.

Date / / Signature :

AUTORISATION DE SORTIE

MATERNELLE :

L'enfant ne sera autorisé à sortir de l'école qu'avec les personnes indiquées ci-dessus et sur présentation de la carte d'identité. Les enfants mineurs ne sont pas autorisés à récupérer un enfant sur les temps périscolaires sauf dérogation et document à remplir auprès du personnel des temps périscolaires.

ÉLÉMENTAIRE uniquement :

J'autorise mon enfant à partir seul. Je dégage la mairie de Saint-Laurent Médoc et le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité.

NON je n'autorise pas mon enfant à partir seul.

Date / / Signature :

Tout changement doit être signalé auprès du service des Affaires Scolaires

☎ 05.56.59.44.09 ✉ service.scolaire@saintlaurentmedoc.fr

FICHE SANITAIRE ENFANT

2/2