



# Service Péri-scolaire

## Fiche sanitaire

Année scolaire 2024/2025

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

1/ .....

2/ .....

Médecin traitant Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

- Régime alimentaire:
- Classique
  - Sans porc
  - Sans viande
  - Sans repas (uniquement pour les enfants ayant des allergies alimentaires)

Allergies : .....

Pour toute allergie, je m'engage à fournir un PAI dûment complété avant l'accueil de mon enfant ainsi qu'une trousse d'urgence contenant l'ordonnance et les médicaments nécessaires.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio					

Difficultés de santé : .....

Observations générales de santé : .....

Recommandations des parents : .....

Fait à ....., le ..... Signature :