



Fiche sanitaire et d'urgence Année scolaire 2025-2026

Nom et prénom de l'enfant inscrit	Date de naissance	Sexe
		Garçon ☐ fille ☐
N° de Sécurité Sociale :	Poids :	Taille :
Nom et téléphone du médecin traitant :		

Responsable 1	Responsable 2
Nom et Prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
N° de tél. :	N° de tél. :
N° portable :	N° portable :
N° du travail :	N° du travail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les responsables 1 et 2)				
Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél Domicile	Tél Portable

Vaccinations

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel
Diphtérie		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Méningocoque C	
ou DTP		Pneumocoque	
Coqueluche		Autres (à préciser)	
Hæmophilus influenzae b (Hib)			

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux

Port de lunettes : oui ☐ non ☐
Appareils dentaires : oui ☐ non ☐
Appareils auditifs : oui ☐ non ☐

Asthme : oui ☐ non ☐

L'enfant suit-il un traitement médical: oui ☐ non ☐

Si oui, transmettre à l'adulte qui prend en charge votre enfant **une ordonnance récente, une autorisation parentale et les médicaments correspondants** (boîte dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Existe-t-il un PAI (projet d'accueil individuel) : oui ☐ non ☐

Sur les temps méridiens et périscolaires, des médicaments seront donnés uniquement si l'enfant possède un PAI.

ALLERGIES

Alimentaires

oui ☐

non ☐

non ☐ si oui lesquelles

Médicamenteuses

oui ☐

non ☒

non ☒ si oui lesquelles

non ☐ si oui lesquelles

Autres (animaux, plantes, pollen, maquillage)

oui ☒

non ☒

non ☐

non ☒ si oui lesquelles

non ☐ si oui lesquelles

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la conduite à tenir.

En fonction de l'allergie, un PAI (projet d'accueil individuel) sera demandé.

Merci d'indiquer les éventuels problèmes de santé (énurésie, encoprésie, maladie, opération, rééducation, contre-indication sportive...) qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre ou toute autre information utile pour la vie en collectivité

[illegible]

En cas d'accident ou de problème médical, l'établissement ou la structure s'efforcera de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

1) En cas d'urgence, après appel au 15, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre de soins le mieux adapté. La famille est avertie par le directeur d'école, le responsable périscolaire ou extrascolaire. Le médecin demandera systématiquement à la famille de l'enfant une autorisation de soins.

2) En cas d'urgence, après appel au 15, si l'état de santé ne nécessite pas de transfert vers une structure hospitalière, j'autorise le directeur d'école, le responsable périscolaire ou extrascolaire à suivre les prescriptions du médecin régulateur.

AUTORISATION PARENTALE :

Nous, soussignons,

Responsable légal 1

Responsable légal 2.....

responsables légaux du mineur.....

déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous nous engageons à les réactualiser si nécessaire, notamment pour les classes de découverte ou les séjours.

Nous autorisons le responsable à prendre le cas échéant, toute mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur .

Signature des responsables précédé de la mention « lu et approuvé ».

Date :

Signature responsable 1 :

Signature responsable 2 :