



**FICHE SANITAIRE ANNEE SCOLAIRE 2023-2024
MAISON DE L'ENFANCE**

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Date de naissance : _____
Tel domicile : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgences

| Nom/prénom | Qualité | Numéro de téléphone |
|------------|---------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Médecin traitant : _____ Tel : _____
Adresse _____

| VACCINATIONS | Date de vaccination ou dernier rappel (fournir copies du carnet de vaccinations) | Contre-indication (attestation du médecin) |
|--------------------------------------|--|--|
| Diphtérie Tétanos Poliomyélite | | |

- Traitement en cours: oui/non Si oui, lequel

- Allergies : oui/non Si oui, lesquelles

- Régimes éventuels

- Antécédents médicaux ou chirurgicaux

- Observation(s) particulière(s)

- Régimes alimentaires :

PAI Sans porc Sans viande

Je soussigné(e), M., Mme
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
et autorise l'organisateur à prendre, le cas échéant, toutes les mesures
(hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature