



FICHE SANITAIRE

NOM Prénoms (TOUS) : _____

NE(E) LE : _____ CLASSE FUTURE : _____

PHOTO
RECENTE
OBLIGATOIRE

REPRESENTANT LEGAL 1 / Prioritairement joignable	REPRESENTANT LEGAL 2
Mme / M. : _____	Mme / M. : _____
Nom de jeune fille : _____	Nom de jeune fille : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
VILLE : _____ CP : _____	VILLE : _____ CP : _____
MOBILE : _____	MOBILE : _____
MAIL (en majuscules) : _____	MAIL (en majuscules) : _____

AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE :

NOM / Prénom : _____ MOBILE : _____

LIEN AVEC L'ENFANT : _____

Votre enfant suit-il un traitement médical : NON / OUI Pour quelle maladie ? : _____

Votre enfant a-t-il une ALLERGIE ? : NON / OUI Pour quelle allergie ? : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP : Protocole d'Accueil Particularisé : NON / OUI

Je soussigné(e) : _____

Responsable légal de l'enfant : _____

Date : _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le cas échéant, le chef d'établissement ou le responsable du séjour dans le cas du voyage, à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

PHOTOCOPIES VACCINATIONS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AVEC CETTE FICHE.