



FICHE SANITAIRE

**PHOTO
RECENTE
OBLIGATOIRE**

NOM PRENOM ELEVE : _____

NE(E) LE : _____ CLASSE FUTURE : _____

REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
MERE / PERE Prioritairement joignable	MERE / PERE
NOM PRENOM : _____	NOM PRENOM : _____
ADRESSE : _____ _____	ADRESSE : _____ _____
VILLE : _____ CP : _____	VILLE : _____ CP : _____
MOBILE : _____	MOBILE : _____
MAIL (en majuscules) : _____ _____	MAIL (en majuscules) : _____ _____

AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE :
NOM / PRENOM : _____ 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

Si « OUI » merci de prendre contact avec Mme JOHANNA UZAN : johanna.uzan@levenaiu.org

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.