



FICHE SANITAIRE ECOLE

Année Scolaire : 2026/2027

NOM : PRENOM : CLASSE :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date : Lieu de naissance :

➤ Responsables Légaux :

Responsables	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Autre :
Nom			
Prénom			
Autorité parentale	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Adresse			
Tél. domicile			
Tél. portable			

➤ Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom/Prénom	Qualité	Téléphone

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➤ Vaccins

Obligatoires : Diphtérie-Tétanos- Poliomyélite à jour ☐ Date du dernier rappel/...../.....

Recommandé :

- | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| - Hépatite B | ☐ | Date :/...../..... |
| - ROR | ☐ | Date :/...../..... |
| - Coqueluche | ☐ | Date :/...../..... |
| - Autres | ☐ | Date :/...../..... |

(Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations. Toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la médecine scolaire ou de la P.M.I)

➤ L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

☐ Oreillons ☐ Scarlatine ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Rougeole ☐ Rubéole

➤ Port de :

☐ Lentilles / Lunettes ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires ☐ Autre, préciser :

➤ Allergies :

Asthme ☐ oui ☐ non

Alimentaires ☐ oui ☐ non

Autres :

.....
.....

➤ Un Plan d'Accueil Personnalisé (PAI) a été mis en place à l'école :

☐ oui (fournir copie)

☐ non

➤ Difficultés de santé - précautions à prendre

.....
.....
.....

➤ Nom et téléphone du médecin traitant

.....
.....

➤ Assurance Responsabilité Civile :

Compagnie :N°

Je soussigné(e)responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de l'Enseignement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Signature(s)