



ACCUEIL PERISCOLAIRE
ANNEE SCOLAIRE 20... – 20...
FICHE SANITAIRE

Document non confidentiel à remplir par les parents à chaque début d'année scolaire.

Classe : Externe Demi-pensionnaire

NOM :	Prénom :
--------------------	-----------------------

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Adresse :
.....

Adresse électronique :@.....

Nom du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale : _____

N° et adresse de l'assurance scolaire : _____

En cas d'urgence, la commune s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter cette tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. 📞 domicile : Portable(s) :
2. 📞 travail du père :
3. 📞 travail de la mère :
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.
La famille est immédiatement avertie par nos soins.
Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'avec sa famille
Les frais engagés (médicaux, pharmaceutiques, transports...) seront réglés par la famille et pris en charge par la sécurité sociale.

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique (DT polio) :

Copie du carnet de vaccination

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance et des services d'urgence (PAI, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)
.....
.....

NOM, adresse et n° de téléphone de votre médecin traitant :
.....
.....

SIGNATURE