



CASTELLARE  
di CASINCA  
U CASTELLÀ

# FICHE SANITAIRE ECOLE

## Année Scolaire : 2025/2026

NOM : ..... PRENOM : ..... CLASSE : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Date : ..... Lieu de naissance : .....

➤ Responsables Légaux :

Responsables	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Autre :
Nom			
Prénom			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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)