**FICHE SANITAIRE**

1. **IDENTITE DE L’ENFANT**

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : …….…../……....../ 20…..…..

 Fille  Garçon

1. **VACCINATION** (date du dernier rappel)

DTP :

BCG :

1. **MALADIES – ALLERGIES** ( nécessitant un PAI)

Allergies :

Maladies :

1. **REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (cantine)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **AUTORISATION DE SOINS EN CAS D’ACCIDENT**

Je soussigné (Nom, Prénom, qualité) :

En cas d’accident de (Nom, Prénom d’élève) :

Autorise par la présente :

* Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
* Le responsable de l’école :
* à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins,

1. **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

N°SS du responsable de l’enfant :

Nom du médecin traitant :

Tél du médecin traitant :

1. **LISTE DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D’URGENCE, AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | QUALITE | TEL |
|  |  | Parent 1 |  |
|  |  | Parent 2 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

A ………………………………………., le …….…/………./……..

Signature des parents