

ÉCOLE RPI - CESSET – LOUCHY- MONTORD

*Retour impératif avant le 15 mai
À la mairie de votre commune ou par mail*

Fiche Sanitaire 2026-2027

L'enfant :

Nom : Prénom : Sexe : M F
Né(e) le :/...../..... Age (en mois) : Lieu de Naissance :

N° de sécurité sociale :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : Tél :

Adresse :

Allergies:

Médicamenteuses : Oui Non Alimentaires : Oui Non

Autres (latex, pollen, poussières...) Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

L'enfant nécessite-t-il la constitution d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non

(Fournir le dossier complet de l'enfant)

L'enfant est-il soumis à un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Vaccinations (joindre les photocopies du carnet de santé)

<u>Vaccins obligatoires</u>	<u>Date des derniers rappels</u>	<u>Vaccins recommandés</u>	<u>Dates</u>
<u>Tétra coq</u>		<u>Rubéole-Oreillons- Rougeole</u>	
<u>Penta coq</u>		<u>Hépatite B</u>	
<u>Autre:</u>		<u>Coqueluche</u>	
<u>BCG</u>		<u>Autres (préciser):.....</u>	
<u>Test tuberculinique</u>	<u>Positif :</u> <u>Négatif :</u>		

Problème(s) de santé : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

.....
TOUTE MALADIE DE LONGUE DURÉE DOIT FAIRE L'OBJET D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ
 (ASTHME ,DIABÈTE...)

Recommandations utiles des parents : (précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses dentaires ou auditives...) :

Maladies: L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital du secteur. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

<u>Rubéole</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Varicelle</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Angine</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Scarlatine</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Otite</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Coqueluche</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Rougeole</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Oreillons</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Rhumatisme</u> <u>articulaire aigu</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les Responsables des services périscolaires, à donner les premiers soins d'urgence, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Cesset le,/...../.....

Signature précédée de la mention «lu et approuvé »)

Signature des deux parents