

Accueil du matin - Année scolaire 2024/2025

**FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE**

**Nom et prénom de l'enfant :** .....

**Vaccinations obligatoires**

Date du dernier vaccin obligatoire (Diphtérie, Tétanos et Polio) : .....

*Joindre la photocopie du dernier rappel*

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Mon enfant présente une allergie alimentaire (si oui, précisez) :

.....  
 .....

Maladie chronique ou traitement médical (si oui, précisez) :

.....  
 .....

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) :

Oui /  Non

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les précautions à prendre.

.....  
 .....

**Recommandations utiles des parents**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire... ? (si oui, précisez) :

.....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence** (autres que le représentant légal)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	N° Téléphone
1/			
2/			

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable référent à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à .....,  
 Le .....

Signature :