



## FICHE SANITAIRE 2023/2024

### L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... GARCON  FILLE   
Nom de l'école : ..... Classe : .....  
Commune : .....

### Le médecin traitant

Nom : ..... Ville : .....  
Tél .....  
.....

### Renseignements médicaux

Groupe sanguin : ..... Poids : .....

#### **ALLERGIES :**

ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non  .....

ALIMENTAIRES oui  non  .....

AUTRES .....

**P.A.I.** en cours oui  non   
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

Enfant reconnu par la MDPH oui  non

### Autres informations

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES :** oui  non   
(au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

**AUTRES RECOMMANDATIONS : PRÉCISEZ**

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de  
l'enfant .....

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à  
prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention  
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. D'autre part, j'atteste que les vaccins  
de mon enfant sont à jour.

Fait à ....., le .....

Signature