

FICHE SANITAIRE INDIVIDUEL

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____ **DATE DE NAISSANCE :** ___/___/___

Coordonnées du médecin traitant

NOM	ADRESSE	TELEPHONE
.....
.....	
	

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier ou suit-il actuellement un traitement qui nécessite des précautions à prendre, d'éventuels soins à apporter ou avez-vous d'autres informations à transmettre à l'enseignant ? (Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales...)

OUI NON

Si oui, veuillez préciser :

Renseignements concernant la (ou les) personne(s) à prévenir en cas d'urgence autres que les parents :

Parenté avec l'enfant	Nom, Prénom	Téléphone fixe et/ou mobile
.....
	

➤ **Autorisation de prise en charge de l'enfant**

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant

Nom _____ Prénom _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'enseignant ou tout autre responsable à faire appel aux services de secours d'urgence ainsi qu'à prendre toutes les dispositions nécessaires (urgence vitale de traitements, d'hospitalisations, d'interventions chirurgicales) afin que ces soins médicaux soient prodigués à mon enfant.

Date

Signature :