

FICHE SANITAIRE 2025/2026

ENFANT

NOM* Prénom* Sexe* : ☐ F ☐ M

Date de naissance*/...../.....

Ecole et classe

Nom de l'enseignant :

Votre enfant est-il suivi par une AESH (AVS) ? ☐ Oui ☐ Non

Bénéficie-t-il d'une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.EH) ? ☐ Oui ☐ Non

Si votre enfant n'est pas scolarisé à temps plein, merci de préciser les jours et horaires de scolarisation :

.....

Régime alimentaire de votre enfant : ☐ Standard ☐ Sans porc ☐ Sans viande

Recommandation utiles : soucis de santé, port de lunettes, de prothèses auditives/dentaires/autres, accident, précaution à prendre, etc. :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Informations obligatoires

ALLERGIES ET/OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE *

Présence d'un P.A.I

☐ Oui (à joindre **obligatoirement** au dossier)

☐ Non

Présence d'un panier repas :

☐ Oui ☐ Non

ASTHME : ☐ Oui (précisez ci-après) ☐ Non

Allergies médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non

Précisez la cause de **l'allergie alimentaire et/ ou de l'asthme**, et/ou **la cause de l'allergie médicamenteuse** (nom du médicament et symptômes en cas d'ingestion) et **la conduite à tenir** (*fournir une ordonnance récente du médecin indiquant la posologie et les médicaments correspondant dans une trousse marqué au nom et prénom de l'enfant*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Informations obligatoires

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU :

☐ COQUELUCHE ☐ OREILLONS ☐ OTITE ☐ ROUGEOLE ☐ RUBEOLE ☐ SCARLATINE
☐ VARICELLE ☐ APPENDICITE ☐ AUTRES :
 Nom et ville du médecin traitant :
 Tel :

L'ENFANT A-T-IL SES VACCINS À JOUR ?

J'atteste sur l'honneur que les vaccins de mon enfant
 sont à jour. ☐ Oui ☐ Non **Signatures du/des parents, tuteur légal**

Vaccins obligatoires (enfant né avant le 01/01/2021)	Dates derniers rappels	Vaccins complémentaires obligatoires (enfant né après le 01/01/2021)	Dates derniers rappels
Diphtérie		Hépatite B	
Tétano		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Pneumocoque	
ou DT Polio		Haemophilus Influenzae b	
ou Tétracoq		Coqueluche	
		Méningocoque C	

Je soussigné.e, responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

A....., le/...../.....

Signatures du/des parents, tuteur légal

Mention « lu et approuvé »