



FICHE SANITAIRE 2026-2027
POUR L'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES
(Fiche à retourner à la mairie)

Nom : Date de naissance :
Prénom : Classe :

1- LES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

	RESPONSABLE (1 ^{ère} personne à contacter)	CONJOINT (2 ^{ème} personne à contacter)	AUTRES (3 ^{ème} personne à contacter)
<u>Nom prénom</u>			
<u>Téléphone domicile</u>			
<u>Téléphone travail</u>			
<u>Portable</u>			

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Personnalisé (PAI) ?

OUI (Joindre le PAI) NON

L'enfant a-t-il des allergies ? Lesquelles :

.....
.....

L'enfant souffre-t-il d'asthme ? OUI NON

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie ou asthme (si automédication, le signaler)

.....
.....

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ?

OUI NON

Si oui, précisez et indiquez la conduite à suivre

.....
.....

Recommandations utiles des parents :

.....
.....

Je, soussigné (e), responsable légal de l'enfant, certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Le

Signature