1 Fiche par enfant / jeune OBLIGATOIRE pour fréquenter les services municipaux : Petite enfance, Enfance, Jeunesse
Retour de la fiche : par mail sur famille@suce-sur-erdre.fr

Fiche sanitaire - 2025-2026

Etat civil de l'enfant/jeune

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....
.....
.....

Date de naissance :..... Age :.....
Classe suivie sur l'année scolaire 2025-2026 :..... Sexe : F ☐ M ☐

Adresse e-mail du jeune :.....

Représentants légaux

	Représentant 1	Représentant 2
	Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur	Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur
Nom – Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. professionnel		
Tél. portable		
Adresse Courriel		

Représentant légal (si différent des parents) :
_____
(Nom, Adresse, téléphone)

Autorisation de prise en charge par un tiers

Seuls les parents exerçant l'autorité parentale et les personnes dûment mandatées par eux peuvent retirer les enfants au plus tard à la fin de la période normale de fonctionnement des structures d'accueil.

* J'autorise : _____
(Nom, Prénom, téléphone)
à venir chercher mon enfant dans les accueils municipaux pendant l'année 2025-2026,

* J'autorise : _____
(Nom, prénom du jeune)
à quitter seul(e) la structure d'accueil (à l'exclusion des maternelles et des enfants du Multi-Accueil).

Médecin traitant

Nom : .....
Adresse : .....
☎ : _____

Autorisation de soin

Je soussigné(e)……., agissant en qualité de père, mère, tuteur, *(rayer la mention inutile)* **AUTORISE** le responsable à donner les soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers, et **M'ENGAGE** à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Personne à joindre en cas d'urgence : .....
(Nom et Prénom)

☎ Travail : ☎ Domicile :

☎ Portable :

Renseignements médicaux

Vaccinations	Dates	1er rappel	2e rappel
BCG			
DT Polio			
DT Coq			
R.O.R.			
Hépatite B			
Haemophilus influenzae b			
Méningocoque C			
Pneumocoque			
Autres vaccins			

Allergie(s) *(cocher le(s) case(s)*

Avec PAI ☐ Sans PAI ☐

Médicamenteuse OUI ☐ NON ☐

Alimentaire OUI ☐ NON ☐

Asthme OUI ☐ NON ☐

Autres .....

Préciser les conduites à tenir :

.....

.....

.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes *(cocher la (les) case(s) correspondante(s))*

Rubéole	☐	Coqueluche	☐	Rougeole	☐
Varicelle	☐	Scarlatine	☐	Oreillons	☐
Angines	☐	Otites	☐	Asthme	☐

Indiquer les difficultés de santé de l'enfant en précisant les dates (maladies, accidents, allergies, opérations) : .....
.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, lequel ? .....
.....

Joindre la photocopie de l'ordonnance -IMPERATIF-*

** en cas de traitement médical en cours d'année, la photocopie de l'ordonnance sera exigée pour tout traitement.*

Le ..... Signature

Droit à l'image : j'autorise la ville de Sucé-sur-Erdre à utiliser gratuitement des photos de mon enfant dans les publications municipales. En cas de refus, merci d'adresser un courrier en Mairie accompagné d'une photo de l'enfant.

A Sucé-sur-Erdre, le .....

Signature :