

Fiche sanitaire - 2026-2027

Etat civil de l'enfant/jeune

Nom : Prénom :

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

Date de naissance : Age :
Classe suivie sur l'année scolaire 2026-2027 : Sexe : F M

Adresse e-mail :

Représentants légaux

	Représentant 1	Représentant 2
	Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> 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 2026-2027,

* 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, (*rayez 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	1 ^{er} rappel	2 ^e 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 :