



FICHE SANITAIRE ENFANT 2024-2025

Photo de
l'enfant

A coller

Enfant :

NOM / Prénom :

Date et lieu de naissance :/...../..... à

Adresse complète :

.....

Classe :

PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Responsable(s) et personnes à joindre :

Concernant les Parents :

PERE

NOM : Prénom :

Profession : Employeur :

Adresse :

Tél Portable :

Tél Domicile :

Tél Travail :

Adresse mail:

MERE

NOM : Prénom :

Profession : Employeur :

Adresse :

Tél Portable :

Tél Domicile :

Tél Travail :

Adresse mail:

AUTRE (nourrice, grands-parents...) :

Nom /prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

.....

Tél :

Régime alimentaire :

Normal

Sans Viande

PAI

Votre enfant a-t-il un PAI : OUI / NON

Si oui, lequel et nous le fournir :
.....

Médecin traitant :

NOM :

Adresse :

.....

Tél :

Observations éventuelles :

Dans l'intérêt de votre enfant, vous pouvez signaler les problèmes de santé qu'il vous paraît utile de nous faire connaître (allergie, épilepsie, diabète, convulsions, ...)

.....
.....

Publication Photo

J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des services scolaires (fête de Noël, pique-nique.....)

OUI

NON

Si OUI :

AUTORISE la publication sur le bulletin municipal, site internet et réseaux de communication de la commune

N'AUTORISE PAS la publication de la photographie de mon enfant.

J'accuse lecture et acceptation du règlement de fonctionnement cantine

Je soussigné (e) :

Responsable de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de la restauration scolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le/...../..... à.....

Signature :