



**FICHE SANITAIRE 2026-2027 -SERVICE ENFANCE JEUNESSE 3/11 ANS - PERS-JUSSY****NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_**GENRE :** FEMININ / MASCULIN**DATE DE NAISSANCE et LIEU DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**DATE DES DERNIERS RAPPELS DE VACCINS (Copie du carnet de vaccination obligatoire)**

D.T.Polio	Coqueluche	Haemo Infl. b	Pneumocoque	Hépatite B	R.O. R	Méningocoque C, B, ACWY

**REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :**

- SANS VIANDE
- SANS PORC
- AUTRES : \_\_\_\_\_

**L'ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I ? (Obligatoire en cas d'allergie ou traitement)**- Allergies : \_\_\_\_\_- Traitement : \_\_\_\_\_- **L'ENFANT A-T-IL ou A-T-IL EU DES DIFFICULTES DE SANTE ? (MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION, OPERATION,)****MEDECIN TRAITANT :****NOM :** \_\_\_\_\_**ADRESSE :** \_\_\_\_\_**TEL :** \_\_\_\_\_

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Service Enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant pendant toute l'année scolaire en cours.

Date :

Signatures des 2 parents :

