

FICHE SANITAIRE 2025-2026

1. ENFANT

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : GARÇON FILLE

École fréquentée : classe :

Choix du régime alimentaire : Repas classique Repas sans viande

2. RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation de famille :

Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Séparé(e) Veuf/Veuve Vie maritale PACS

	Représentant Légal 1	Représentant Légal 2
NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
TÉLÉPHONE PORTABLE		
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		
ADRESSE MAIL		

Nom et numéro de police d'assurance scolaire et extra-scolaire :

FRÈRES ET SŒURS

Nom - Prénom	Date de naissance

PERSONNES POUVANT RÉCUPÉRER L'ENFANT OU À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom - Prénom	Récupérer l'enfant	Prévenir en cas d'urgence	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. VACCINATIONS : joindre la photocopie du carnet de santé (pages de vaccinations)

Vaccins obligatoires :

- Enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018 : DTP (Diphtérie Tétanos Polio)
- Enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018 : 11 vaccins obligatoires

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Date dernière vaccination DTP (Diphtérie Tétanos Polio)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Votre enfant est-il reconnu par la MDPH ? OUI NON *Si oui fournir l'attestation*

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) avec l'école ?

OUI NON *Si oui fournir une copie du protocole et la trousse de médicaments.*

A défaut de PAI et dans le cas d'un traitement occasionnel :

- Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
- Joindre une attestation parentale autorisant l'équipe encadrante à administrer les médicaments

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

.....

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

.....

6. AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Enfants en élémentaires uniquement :

- J'autorise mon enfant à partir seul
 Non je n'autorise pas mon enfant à partir seul

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) Prénom Nom
Mail / Téléphone : autorise la Mairie de Bruges à reproduire ou diffuser des films ou photographies représentant mon enfant participant aux activités des restaurants scolaires, interclasses, accueils de loisirs et accueils périscolaires :

Prénom Nom ne portant pas atteinte à sa vie privée, dans le cadre de la diffusion d'un ou plusieurs supports de communication municipale (magazine, lettre, guide et autres supports imprimés, pages des réseaux sociaux gérés par la ville, site internet www.mairie-bruges.fr).

Cette autorisation est valable pour une durée de 3 ans. Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation du/des photographies et/ou du/des passages du film le représentant ne devront pas porter atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

Toute autre publication fera l'objet d'une demande d'accord expresse.

Date :

Signature des parents :