



FICHE SANTE

Année scolaire/.....

NOM et PRENOM de l'enfant :

SEXE : Féminin Masculin (*) DATE DE NAISSANCE :

(*) Rayer les mentions inutiles

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON (*)

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Père – Mère – Tuteur (*)

NOM et PRENOM :

ADRESSE :
.....

N° de SECURITE SOCIALE :

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de la Caisse Complémentaire :

Date du dernier vaccin antitétanique : (obligatoire)

Régime alimentaire :

Observations (allergies, traitements, précautions particulières, ...) :

Nom, adresse et N° de téléphone du Médecin traitant :
.....

« Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir son consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. » (art. R4127-42 du Code de Santé Publique)

A QUI TELEPHONER EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom	Numéros de Téléphone	Lien avec l'enfant
	Dom : Port : Prof :	Mère
	Dom : Port : Prof :	Père
	Dom : Port : Prof :	

Date et signature des Parents :