



**FICHE SANITAIRE 2025-2026**  
**POUR L'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES**  
(Fiche à retourner à la mairie)

Nom : .....

Date de naissance : .....

Prénom : .....

Classe : .....

**1- LES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

	RESPONSABLE (1 <sup>ère</sup> personne à contacter)	CONJOINT (2 <sup>ème</sup> personne à contacter)	AUTRES (3 <sup>ème</sup> personne à contacter)
<b><u>Nom prénom</u></b>			
<b><u>Téléphone domicile</u></b>			
<b><u>Téléphone travail</u></b>			
<b><u>Portable</u></b>			

**2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Personnalisé (PAI) ?

OUI (Joindre le PAI)

NON

L'enfant a-t-il des allergies ? Lesquelles :

.....  
.....

L'enfant souffre-t-il d'asthme ?  OUI  NON

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie ou asthme (si automédication, le signaler)

.....  
.....

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ?

OUI  NON

Si oui, précisez et indiquez la conduite à suivre

.....  
.....

Recommandations utiles des parents :

.....  
.....

**Je, soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant, certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts.**

**Le .....**

**Signature**