



FICHE SANITAIRE : ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

NOM : École et classe :
Prénom : Date de naissance :
Numéro AESH :
Nom parent-e 1 : Nom parent-e 2 :
☎ Portable parent-e 1 : ☎ Portable parent-e 2 :
✉ E mail : @

Service scolaire
5 rue Alfred-Dubois
91460 MARCOUSSIS

01 64 49 64 06

Accueil de loisirs
1 route de Nozay
Parc F. Mitterrand
91460 MARCOUSSIS

01 64 49 82 17

Régie des services municipaux
5 rue Alfred-Dubois
91460 MARCOUSSIS

01 64 49 64 05

Service jeunesse
Parc F. Mitterrand
91460 MARCOUSSIS

01 64 49 98 77

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit-il-elle un traitement médical régulier ? Oui * ☐ Non ☐

* **Si oui**, transmettre au-à la référent-e péri-scolaire, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Votre enfant a-t-il-elle besoin d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui ☐ Non ☐

Le dossier PAI est à remplir auprès de l'école dès la rentrée.

Le-la directeur-riche dès validation, le-la transmettra auprès des services péris-scolaires.

ALLERGIES : Médicamenteuses : Oui ☐ Non ☐ Alimentaires : Oui ☐ Non ☐

Asthme : Oui ☐ Non ☐

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....
.....
.....

Indiquez les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....
.....

Votre enfant porte-t-il-elle : **Lentilles :** Oui ☐ Non ☐ **Lunettes :** Oui ☐ Non ☐

Prothèses auditives : Oui ☐ Non ☐ **Prothèses dentaires :** Oui ☐ Non ☐

Aérateur transtympanique (yoyo) : Oui ☐ Non ☐

Autres :
.....
.....

Nous nous engageons à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées

Noms et prénoms :

Signatures manuelles

Date :

Responsable légal-e 1 :

Responsable légal-e 2 :