

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·rice 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

Responsable légal·e 1 :

Date :

Responsable légal·e 2 :