



Fiche sanitaire 2026-2027

A photocopier et remplir autant de fois que vous avez d'enfants inscrits au sein de notre institution en primaire et au collège.

Pour toute famille s'opposant à cotiser à l'APEL, ou à l'exploitation d'images de votre enfant, nous le faire savoir par écrit avec un courrier à joindre impérativement à cette fiche élève.

NOM DE L'ELEVE : PRENOM : Né(e) le...../...../..... CLASSE :

L'enfant réside ☐ chez ses parents ☐ en garde alternée ☐ chez son père
☐ chez sa mère ☐ autre (foyer, famille d'accueil, ...) Précisez :

INFORMATIONS MEDICALES IMPORTANTES

Nom du médecin de l'enfant : Docteur : TEL :

CONCERNANT LA RESTAURATION

ALLERGIES ALIMENTAIRES DE L'ELEVE :

Des menus alternatifs seront proposés en service restauration uniquement à la liste des 5 allergènes ci-après :

☐ sans lait ☐ sans fromage ☐ sans porc ☐ sans viande ☐ sans poisson.

Pour une meilleure gestion de la restauration, merci de cocher ci-dessous les jours prévisionnels de passages réguliers en cantine de votre enfant (*).

Ces prévisions en amont sont très importantes pour notre organisation et pourront être modifiées à votre demande à la rentrée si nécessaire.

☐ Mon enfant sera externe ou mangera de façon occasionnelle
☐ Mon enfant sera ½ pensionnaire régulièrement les jours suivants (*) : ☐ lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX : (Informations indispensables, toutes les rubriques sont à renseigner)

RESPONSABLE LEGAL 1 ☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ autre membre de la famille (préciser).....

NOM : PRENOM :

Adresse.....

Courriel perso :

Tél domicile : Tél portable :

Tél travail :

RESPONSABLE LEGAL 2 ☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ autre membre de la famille (préciser).....

NOM : PRENOM :

Adresse.....

Courriel perso :

Tél domicile : Tél portable :

Tél travail :

QUI PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS ?

Mr – Mme : OU Mr – Mme :

Lien de parenté : Lien de parenté :

Tél : Tél :

Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité de joindre les parents de l'élève mentionné sur cette fiche.

Je soussigné(és) (☐ représentant légal 1 et/ou ☐ représentant légal 2) autorise(nt) le Chef d'Etablissement à prendre en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage à informer le secrétariat de l'établissement de toute modification qui interviendrait en cours d'année concernant ces renseignements et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'institution.

Fait à

Le :/...../.....

Signature du(des) responsable(s) :