



FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT
Année scolaire 2025/2025

PHOTO

ALSH : et Périscolaire : Matin - Midi - Soir

NOM	Prénom	Classe
Date de naissance	Lieu de naissance	Ecole : <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> ALSH

Adresse de l'élève	
N°	Rue :
Code postal :	Ville :

Santé
Problèmes particuliers à signaler (dans le cas d'allergie, merci d'en préciser le type et les symptômes). Pour tous problèmes alimentaires (intolérances et/ou allergies), un PAI devra et mis en place obligatoirement.

Vaccination obligatoire					
Enfant né avant le 01/01/2018	OUI	NON	Enfant né après le 01/01/2018	OUI	NON
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)			Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)		
Les responsables légaux, dont le ou les enfant(s) ne sont pas vacciné(s) pour des raisons de contre-indication médicale, devront présenter un certificat médical établi par le médecin traitant ou le spécialiste en charge du suivi de l'enfant			Coqueluche		
			Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b		
			Hépatite B		
			Infections invasives à pneumocoque		
			Méningocoque de sérogroupe C		
			Rougeole, oreilles et rubéoles		
Nom et adresse du médecin traitant :					
Tél :					

Cantine (accueil périscolaire midi)

Souhaitez-vous que des plats sans porc soient proposés à votre enfant :

Oui Non **Tarifs**Famille imposable : Accueil du matin 2,00 € | Cantine 5,00 € | Accueil du soir : 2,50 € Famille non imposable : Accueil du matin 1,50 € Cantine 4,50 € | Accueil du soir : 2,00 € *Sans fourniture de l'avis de non-imposition, le tarif imposable sera appliqué***Renseignements relatifs aux représentants légaux**

	Père ou tuteur	Mère ou tutrice
Nom et prénom		
Profession		
Adresse		
N° tél professionnel		
N° tél domicile		
N° tél portable		
Adresse mail		

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents)

Nom – Prénom	Parenté	Téléphone

Soin d'urgence

Autorisez-vous les soins d'urgence ?

Oui

Non

En cas d'urgence, le SAMU ou les pompiers décident du lieu d'hospitalisation pour les premiers soins

Droit à l'image

Autorisez-vous le Service Animation à prendre en photo ou à filmer votre enfant nommé, ci-dessus, durant les diverses activités au sein du Service Animation de Fromelennes à des fins professionnels (expo, rapport professionnel, site internet de la commune, « toutemonannee.com », « ONE »).

Oui

Signature.

Non

Je soussigné : Monsieur, Madame,

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service Animation.

Je m'engage à m'y conformer et à avertir le Service Animation de tout changement relatif aux renseignements contenus dans la présente fiche.

Fait à Fromelennes, le

Signature