

Classe : _____

FICHE DE SANTÉ

ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____
né(e) le : _____ / _____ / _____ à _____

FAMILLE :

Parent 1 (ou tuteur légal) :

NOM : _____ Prénom : _____
Né(e) le _____ / _____ / _____ à _____
Nationalité : _____ Situation familiale : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone domicile : _____
Portable : _____
Profession : _____
Tél. au travail : _____

Parent 2 :

NOM : _____ Prénom : _____
Né(e) le _____ / _____ / _____ à _____
Nationalité : _____ Situation familiale : _____
Adresse (si différente) : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone domicile : _____
Portable : _____
Profession : _____
Tél. au travail : _____

En cas de parents séparés ou divorcés, merci de nous préciser chez lequel des deux l'enfant réside habituellement durant la semaine :

En cas d'accident, autres personnes à prévenir :

M. ou Mme _____ Tél. : _____
ou
M. ou Mme _____ Tél. : _____
ou
M. ou Mme _____ Tél. : _____

Renseignements médicaux

N° de Sécurité sociale du responsable légal :

_____ / _____

Médecin traitant :

NOM et adresse : _____

Téléphone : _____

Dernier rappel DT POLIO :

Contre-indications médicales éventuelles :

Si nécessaire :

Traitement, maladie ou allergie en cours.

Remarques particulières sur l'état de santé de votre enfant :

Nous vous rappelons que les enseignants et le personnel de l'école ne sont pas autorisés à donner des médicaments aux enfants.

Si votre enfant souffre d'une maladie pouvant nécessiter une intervention ou un soin très rapide (exemples : réactions allergiques, crise d'asthme, ...), la signature d'un P.A.I. est indispensable.

Dans ce cas, vous devez contacter votre médecin traitant.

(<https://eduscol.education.fr/1207/poursuite-de-la-scolarite-avec-des-traitements-medicaux-particuliers>).

Autorisation parentale en cas d'urgence médicale

Madame, Monsieur _____
-autorise, en cas de besoin, le transport de mon enfant dans le Centre Hospitalier le plus proche (Hôpital Nord).

-autorise le chef d'établissement, ou son représentant mandaté, à prendre toutes mesures pour une hospitalisation et/ou une intervention chirurgicale d'urgence, dans le cadre de l'école ou des déplacements à l'extérieur de l'établissement, et laisse l'administration du Centre Hospitalier libre de choisir le chirurgien.

La validité de cette délégation vaudra, sauf avis contraire, noté par écrit, pour l'année scolaire 2025/2026.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal :

Si l'établissement est contraint de faire appel aux services d'un médecin, les frais engagés (médicaux, pharmaceutiques et de transport) sont à la charge de la famille.

Pour les enfants scolarisés à l'école maternelle

Voici la liste des personnes (autres que les parents) auxquelles l'enfant : _____ scolarisé(e) en classe de : _____ pourra être confié(e) à l'issue de la classe :

NOM : Prénom :

Tél. :

NOM : Prénom :

Tél. :

Si un frère ou une sœur de l'ensemble scolaire se charge de récupérer votre enfant, merci de compléter l'autorisation ci-dessous :

M., Mme _____
autorisent leur enfant _____ (classe :) à prendre en charge l'enfant _____ à l'issue des cours.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal :

Pour les enfants scolarisés à l'école élémentaire

Madame, Monsieur _____
autorise(nt) leur enfant _____
à partir seul après les cours : oui non

Signature du responsable légal :

Autorisation de diffusion d'images

Je soussigné(e) _____

parent, tuteur légal de l'enfant (*rayez les mentions inutiles*) :

(NOM de l'enfant)

(Prénom)

(classe)

autorise l'ensemble scolaire Les Maristes – St Etienne à utiliser les images, fixes ou animées, audiovisuelles ou multimédia, prises au cours d'activités pédagogiques ou reflétant la vie scolaire pour :

- la photo du groupe classe prise par un professionnel
- la presse.
- la plaquette de présentation de l'école.
- le journal de l'école ou d'une classe (papier ou Ecole Directe).
- une exposition.
- la présentation des pratiques professionnelles des enseignants.
- la présentation d'activités sur le site Internet et les réseaux sociaux de l'ensemble scolaire.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal :

Restauration scolaire

Si votre enfant doit utiliser le restaurant scolaire, merci d'entourer le régime alimentaire :

Normal

sans porc

sans viande

Ce document officiel et confidentiel nous permettra de mieux connaître les problèmes de santé éventuels de votre enfant. En cas d'urgence, il sera présenté à l'équipe médicale de secours.

Les Maristes – St Etienne

Site Valbenoîte

10 place de l'Abbaye

42100 SAINT ETIENNE

☎ : 04 77 81 86 00

Site Le Rond-Point

58 rue Henri Déchaud

secretariat@maristes-ste.fr