Année scolaire 2023 / 2024

Classe : _____

F I C H E D E S A N T É

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 :
_____

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.

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 2023/2024.

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.

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant.

(à compléter uniquement pour les enfants des classes maternelles)

Voici la liste des personnes (autres que les parents) auxquelles l'enfant : _____
scolarisé(e) dans la 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 :

Année scolaire 2023/2024

Madame, Monsieur,

Pour commencer au mieux cette année scolaire, nous vous remercions de bien vouloir compléter toutes les parties de ce document avec soin.

Le Chef d'établissement, Pierre GANZHORN

Autorisation de diffusion d'images

Je soussigné(e) _____

parent, tuteur légal de l'enfant *(rayer 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 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 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

Les Maristes – St Etienne
Site Notre Dame **Site Champagnat**
10 place de l'Abbaye 58 rue Henri Déchaud
42100 SAINT ETIENNE
☎ : 04 77 81 86 00 secretariat@maristes-ste.fr