



## FICHE SANITAIRE

Année scolaire : 20...../20.....

Noms des parents.....

Adresse .....

Profession :(père).....(mère).....

N°téléphone (père).....(mère).....

N° de téléphone en cas d'urgence (impératif).....

Adresse mail (impératif).....

N° de sécurité sociale ..... CAF MSA (Entourez la bonne réponse)

Coeff familial Caf : .....

Nom /Prénom de l'enfant.....

Date de naissance: ..... Poids..... Taille.....

Traitement particulier (joindre un double de l'ordonnance ou PAI.)

(Pensez à la photocopie du carnet de vaccination)

Classe fréquentée à la prochaine rentrée : ..... mono ou bilingue (Entourez la bonne réponse)

Formule d'accueil demandée : .....

Noms et n° de téléphone des personnes autorisées à chercher l'enfant.

.....  
.....  
.....

N° de contrat responsabilité civile..... Nom de la compagnie d'assurance .....

N° detéléphone.....

Je soussigné(e).....

Autorise le personnel en place, à prendre en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation, jugées indispensables en raison de l'état de mon enfant.

Ammerschwihl, le : .....

Signature de la personne  
Responsable légale de l'enfant :