



Enfant concerné :

(Cadre à remplir par la famille)

Nom : _____ N° de dossier famille : _____
(si connu)

Prénom : _____ École fréquentée en 2026 - 2027 : _____

Garçon Fille

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Mobile Resp. légal 1 : _____

Mobile Resp. légal 2 : _____

(Valable pour l'année scolaire. **Toute modification doit être signalée immédiatement en fournissant une nouvelle fiche sanitaire**)

Cette fiche permet de recueillir les informations médicales concernant votre enfant.

Un exemplaire est à remettre aux équipes de l'accueil périscolaire et un autre au directeur du centre de loisirs pour l'accueil du mercredi. Vous pouvez également le joindre à vos démarches d'inscriptions sur votre espace personnalisé.

Médecin traitant :

Nom : _____ Téléphone : _____

Informations médicales

Fournir également une photocopie de la page des vaccins du carnet de santé.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? Oui Non Panier repas
(Se rapprocher de la direction de l'école et de l'infirmière scolaire)

Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? Oui Non

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ? Oui Non

Si oui, Merci de préciser à quel(s) médicament(s) : _____

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? Oui Non Panier repas

Merci de préciser la(les) cause(s) d'allergie(s) alimentaire(s) : _____

Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui Non

(Si oui, merci de fournir copie de la notification MDPH ou cochez la case suivante Notification MDPH en cours)

Pouvez-vous préciser la nature du handicap : _____

Afin d'offrir un accueil de qualité à votre enfant, pour toute pathologie nécessitant une prise en charge particulière, vous devez vous mettre en relation avec la direction de l'école, l'équipe périscolaire ou le directeur du centre de loisirs pour l'accueil du mercredi.

Informations complémentaires :

Votre enfant porte-t-il

des lunettes des lentilles des prothèses auditives des prothèses dentaires

autre (précisez) : _____

Autre information à communiquer : _____

Je soussigné(e) _____, Responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature : _____

Informatique & Libertés (NE PAS UTILISER POUR LES DEMANDES RELATIVES AUX INSCRIPTIONS OU DÉMARCHES)			
Vous pouvez exercer votre droit d'accès, rectification et de suppression de vos données personnelles en vous adressant au Délégué à la Protection des Données :	par email :	ou par courrier	ou via notre Formulaire électronique
	rouen.dpd@rouen.fr	Ville de Rouen DPD - Mission Informatique et liberté 2 place du Général de GAULLE - CS31402 - 76037 Rouen CEDEX	https://formulaire.demarches.rouen.fr/communication/contactdpd/