

FICHE SANITAIRE ET PAI 2026/2027



INFORMATIONS ENFANT

NOM : _____ Date de naissance :

Prénom: _____ Genre : Garçon Fille

Numéro Sécurité Sociale : _____

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM : _____ NOM : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Téléphone: _____

Lien de parenté : _____ Lien de parenté : _____

PERSONNE MAJEURE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ Téléphone: _____

Prénom : _____ Lien de parenté : _____

REGIME ALIMENTAIRE

- Classique Allergies alimentaires
 Végétarien (avec poisson) Si oui, merci de fournir obligatoirement le PAI

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : _____

Téléphone : _____

- Attestation d'assurance scolaire et extrascolaire 2026-2027
- Photocopie des vaccins à jour
- PAI: Photocopie du projet d'accueil individualisé rédigé par le médecin traitant

03 89 69 16 68

2 rue Saint-Exupéry
68300 Saint-Louis

accueil@csc-saint-louis.fr

FICHE SANITAIRE ET PAI 2026/2027



INFORMATIONS SANTE ENFANT

Antécédents médicaux ou chirurgicaux : _____

Traitements médicaux : _____

VACCINS OBLIGATOIRES

Diphtérie : _____ DT Polio : _____ Poliomyélite : _____

Tétanos : _____ Tétracoq : _____

Port de lunettes

Allergie médicamenteuse

Asthme

Handicap (moteur, mental, auditif, etc)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS PAI

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant _____


atteste de l'exactitude des informations renseignées dans la présente fiche.


J'autorise leur communication à l'ensemble de l'équipe d'animation encadrant mon enfant, dans le strict respect de la confidentialité et dans l'intérêt de sa prise en charge.

Fait à _____

Le _____

Signature _____

 03 89 69 16 68

 2 rue Saint-Exupéry
68300 Saint-Louis

 accueil@csc-saint-louis.fr