



A.C.E.S.
Association Culturelle pour
l'Éducation et le Savoir

FICHE SANTE

Nom et prénom de l'élève : Classe:.....
Date de naissance et lieu :
Adresse :
Numéro de sécurité sociale:.....
Nom et adresse du régime de rattachement :
Nom du médecin traitant de l'enfant :, son adresse :
..... son numéro de téléphone:

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ?
.....
.....

A-t-il des allergies ? Si oui, de quel type ? (Alimentaires, médicamenteuses, ...)
.....

Est-il suivi ou a-t-il été suivi par un praticien particulier (orthophoniste, psychologue ou autre)?

Si oui lequel ?
Date à laquelle les séances ont commencé :
Fréquences des séances:

L'état de santé de votre enfant nécessite-t-il un PAI (Projet d'Accueil
Personnalisé) ? oui non

En cas d'urgence :

Qui joindre en premier ?

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant :

Autres personnes possibles ?

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant :

En cas d'urgence, si ces personnes ne sont pas joignables, j'autorise la personne responsable présente sur les lieux à prendre les mesures d'urgence qu'elle estimerait nécessaires (appeler les urgences, autoriser un transfert à l'hôpital...)

oui Non

Date :

Signature du père ou tuteur légal :

Signature de la mère ou tutrice légale