

Date réception : \_\_\_\_\_

Traité le : \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

C.F. : \_\_\_\_\_

## FICHE SANITAIRE ET D'AUTORISATIONS

A remplir obligatoirement pour toute inscription

## ANNÉE SCOLAIRE

2025-2026

2026-2027

MAS DOSSETTO – 44 rue d'Oslo  
13300 Salon de Provence – 04 90 45 16 75DOSSIER :  PARENTS  TUTEURSI GARDE ALTERNÉE :  JUSTIFICATIFS (jugement, planning de garde)Dossier :  PÈRE  MÈRE1 – ENFANT

C.E. : \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

2 – RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

\* barrer la mention inutile

NOM- Prénom

Téléphone

Père, Mère, Tuteur(trice)\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Père, Mère, Tuteur(trice)\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 – PERSONNES HABILITÉES A RÉCUPÉRER MON ENFANT (autres que les responsables légaux)

NOM- Prénom

Téléphone

Lien de parenté

Date de naissance

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il ?Si votre enfant est concerné :UN HANDICAP :  OUI  NON

Merci de bien vouloir renseigner

la Fiche d'Accompagnement Personnalisé – A.P.P. \*UNE ALLERGIE :  Alimentaire  Médicamenteuse  AutreDES TROUBLES :  Asthme  Crises convulsives  Autre

(\*sauf si allergie médicamenteuse)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS, ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX , APPAREILLAGES,...VACCINATIONS : Joindre OBLIGATOIREMENT une copie du carnet de vaccinations de l'enfant à jour ou un certificat médical attestant que les vaccins sont à jour (obligatoire pour les carnets hors de France)5 – AUTORISATIONS PARENTALESSORTIES :  J'autorise  Je n'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des A.C.M. (mercredis et vacances scolaires).

PRISE EN CHARGE PAR DES SERVICES D'URGENCES :  J'autorise  Je n'autorise pas

Le transfert à l'hôpital par des services d'urgence (pompiers, SAMU,...) et, le cas échéant, le corps médical à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DROIT A L'IMAGE :  J'autorise  Je n'autorise pas

La Ville de Salon-de-Provence à reproduire, publier et diffuser librement sous toutes les formes et par tous les procédés (presse, édition, internet, supports audiovisuel et numérique, autres...) les photos qui seraient prises représentant mon enfant lors de quelque activité que ce soit (école, cantine, périscolaires, ACM, MAC/MAF...).

6 – RÉGIME ALIMENTAIRE STANDARD SANS PORC P.A.I.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

FAIT LE : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_