**Institution Sainte-Anne**

 **Établissement hors-contrat Catholique à Orléans - Maternelle -Primaire - Collège**

## Fiche individuelle de santé 2025-2026

|  |
| --- |
| **L’enfant** |
| Nom de famille : | Prénom : |
| Date de naissance : | N° de sécurité sociale : |
| Nom du médecin traitant : | Tél. du médecin traitant : |
| Particularités de santé à signaler (asthme, allergies, etc. …) : |

|  |
| --- |
| **Personnes à prévenir en cas d’urgence** |
| **Personne n°1** |
| Nom de famille : | Prénom : |
| Lien avec l’enfant : | Tél. port. : |
| Tél. fixe perso. : | Tél. au travail : |
| **Personne n°2** |
| Nom de famille : | Prénom : |
| Lien avec l’enfant : | Tél. port. : |
| Tél. fixe perso. : | Tél. au travail : |
| **Personne n°3** |
| Nom de famille : | Prénom : |
| Lien avec l’enfant : | Tél. port. : |
| Tél. fixe perso. : | Tél. au travail : |

|  |
| --- |
| **Attestation et autorisation des parents** |
| *« Nous, soussignés parents de l’enfant[[1]](#footnote-1) :** *attestons que notre enfant est à jour dans ses vaccinations obligatoires.*
* *autorisons le personnel de l’établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures pour une opération chirurgicale d’urgence ou pour une hospitalisation.*
* *attestons que toutes les informations contenues sur cette fiche sont exactes et nous engageons, en cas de modifications de celles-ci en cours d’année, à les mettre à jour par courrier adressé à la direction dans les plus brefs délais. »*

À …………………................, le ……………….......……., Signature du père Signature de la mère |

1. Si c'est possible, il est recommandé de tout cocher. [↑](#footnote-ref-1)