

**FICHE SANITAIRE  
CENTRE DE LOISIRS  
2024/25**

*pas de Droit à l'image*

*Cette fiche individuelle permet de recueillir des informations obligatoires. Remplissez-la avec une grande attention !*

*Elle est valable un an : du 1er septembre 2024 au 31 août 2025*

### **1. ENFANT**

NOM : ..... SEXE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... à .....

\* L'enfant bénéficie-t-il de la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** ou **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)** ?      OUI      NON

*Si oui, fournir la photocopie de l'attestation CMU ou CSS en cours de validité (mentionnant les nom et prénom de l'enfant)*

### **2. RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE :

Code postal et Ville :

Tél. Fixe (domicile) : ..... Tél. Bureau : .....

Tél Portable (préciser le propriétaire) : .....

### **3. VACCINATIONS**

**Fournir la photocopie des 3 double-pages du Carnet de Santé  
(vaccinations et maladies contagieuses), même si elles sont vierges.**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA FREQUENTATION D'UN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS.

#### 4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

\* PARTICULARITES :

ASTHME :	OUI	NON
ALLERGIE ALIMENTAIRE :	OUI	NON
ALLERGIE MEDICAMENTEUSE :	OUI	NON
P.A.I :	OUI	NON

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication, le signaler plus bas).  
Nous fournir la **photocopie du P.A.I** mis en place avec l'école.

.....  
.....  
.....

#### \* TRAITEMENTS :

L' enfant suit-il un traitement médical ?      Oui                                  Non

Si OUI : lequel et pourquoi ? .....

- traitement à la maison ?                                  OU                                   traitement en permanence avec l'enfant ?

(une copie de l'ordonnance est obligatoire si les médicaments doivent être administrés par le personnel du Centre)

#### 5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

Indiquez **les diverses particularités** pouvant concerner votre enfant (régime alimentaire, port de drains, lunettes, maladie, crises convulsives, hospitalisation... ) en précisant **les précautions à prendre :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### \* REGIME ALIMENTAIRE :

- Sans porc                                   Sans viande                                   Autre : .....

Je, soussigné ....., responsable du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Centre de Loisirs/ d'Animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (transport, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :