

| | |
|--|--|
| FICHE SANITAIRE Accueil de loisirs) 2025-2026 | 1- ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> AGE : _____ |
|--|--|

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRE | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|---------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** à l'année ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

J'autorise les encadrants du temps périscolaires et extrascolaires à donner le traitement à mon enfant. Oui Non .

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES :

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Si un PAI (Protocole Accueil Individualisé) est mis en place sur le temps scolaire , nous vous demandons de bien vouloir nous en communiquer une copie .

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE ; ACCIDENT ; CRISES CONVULSIVE ; HOSPITALISATION ; OPERATION ; REEDUCATION)
EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

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

5 – MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE TELEPHONE :

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

DATE :

SIGNATURE :