



# FICHE SANITAIRE

## 2024/2025

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les activités de loisirs de l'enfant/ du jeune. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**I. ENFANT :** NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Garçon  Fille  Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ecole : ..... Classe : .....

### II. VACCINATIONS :

**Joindre OBLIGATOIREMENT la copie des pages de vaccinations** (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de CONTRE- INDICATION / ATTENTION : Le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication)

### III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI  NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

#### MALADIES : L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

RUBEOLE	NON	OUI	ROUGEOLE	NON	OUI
COQUELUCHE	NON	OUI	OREILLONS	NON	OUI
VARICELLE	NON	OUI	ROSEOLE	NON	OUI
ANGINE	NON	OUI	SCARLATINE	NON	OUI
OTITES	NON	OUI	ASTHME	NON	OUI

#### ALLERGIES :

ALIMENTAIRES	NON	OUI	Si <b>OUI</b> merci de compléter un <b>PAI</b> Si <b>OUI</b> préciser : .....
MEDICAMENTEUSE	NON	OUI	
AUTRES	NON	OUI	

#### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE,.....

\_\_\_\_\_

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (SANS PORC, SANS VIANDE, VEGETALIEN...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

### V. RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

	ADULTE 1	ADULTE 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		(Renseigner si différente)
Téléphone		
Téléphone travail		
Mail		

Nom, Prénom et numéro de téléphone du ou des personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfants :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Fait à Vouillé, le \_\_\_\_\_ Signature :

### AUTORISATION PARENTALE (à compléter obligatoirement)

Je soussigné(e), M. / Mme \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_,

#### Pour les accueils de loisirs/périscolaire:

Autorise les animateurs de l'Accueil de Loisirs à aller chercher mon enfant, les mercredis à la sortie de l'école de \_\_\_\_\_ dans la classe de \_\_\_\_\_ pour l'accompagner aux accueils de loisirs.  OUI  NON

#### Pour les accueils de loisirs/secteur jeunes/mini-camps/séjours/chantiers loisirs/périscolaire :

Dans le cadre du projet pédagogique, les animateurs sont amenés à organiser des sorties ludiques et éducatives, Autorise ces derniers à transporter mon enfant sur les lieux des sorties.  OUI  NON  
 Autorise le Centre Socioculturel à prendre en photo mon enfant dans le cadre de ses activités afin d'en illustrer ses publications propres (plaquettes d'informations, expositions, site web...).  OUI  NON

Fait à Vouillé, le \_\_\_\_\_ Signature :