



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 OUI merci de compléter un PAI Si OUI 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 DENTAIREs,.....

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 :