

# FICHE SANITAIRE

Accueil de loisirs - Garderie périscolaire  
Restauration scolaire - Séjours de vacances

## ATTENTION

**Cette fiche sanitaire de liaison est un élément indispensable au dossier.**

Vous devez y porter la plus grande attention, il en va de la sécurité de votre enfant.

Ces informations étant à caractère d'ordre médical, l'équipe pédagogique s'engage à en respecter la confidentialité.

## IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Garçon

Fille

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Taille de l'enfant : \_\_\_ m \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kgs

Pointure : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Ou DT Polio		
Ou Tétracoq		
BCG		

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON
Hépatite B		
Rubéole-Oreillon- Rougeole		
Coqueluche		
Autres (préciser)		

**Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

**Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON **(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.)**

La famille a-t-elle signé un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  OUI  NON

**(Si oui, joindre une copie)**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
<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"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
<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		

L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME		MÉDICAMENTEUSES		ALIMENTAIRES		AUTRE (préciser)		AUTRE (préciser)	
<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"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :**

**Toute allergie doit être signalée sur le certificat médical ci-joint pour être prise en compte.**

Indiquez ci-après les **problèmes de santé** (*incontinence urinaire, maladie chronique, accident, crises de tétanie ou autres, hospitalisation, opération, rééducation ...*) en précisant **les précautions à prendre**

---

---

---

---

---

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Préciser si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil d'orthodontie, etc...

---

---

---

---

### RÉGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?  OUI  NON

Si oui, pour quel motif ?  Médical obligatoirement notifié sur le certificat médical

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_    📱 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_    📞 Professionnel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### AUTORISATION

Je soussigné, \_\_\_\_\_,

responsable légal de l'enfant, déclare exact et précis les renseignements portés sur cette fiche et

- autorise la direction du séjour de vacances à prendre le cas échéant toutes mesures (**traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale**) rendues nécessaires par l'état de mon enfant ;
- autorise un membre de l'équipe d'animation **à rester au chevet** de mon enfant en cas d'hospitalisation ;
- autorise mon enfant **à sortir de l'hôpital**.

Je m'engage à payer les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération au retour de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du responsable légal  
précédée de la mention « lu et approuvé »**