



Fiche sanitaire

Séjour :/..... au/...../.....
Enfant

Nom: Prénom: Date de naissance:/...../.....

Ecole : Classe Sexe : ☐ F ☐ M Poids : Taille :

Renseignements médicaux

Médecin : Ville : Tel :

N° de sécurité sociale **Projet Accueil Individualisé** : ☐ Non ☐ Oui (joindre copie)

Couverture **Maladie Universelle / Complémentaire Santé Solidaire / Mutuelle Sociale Agricole** : ☐ Non ☐ Oui (joindre copie)

☐ **J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins** : Date DTP (Joindre photocopie du carnet de santé)

Vaccin obligatoire	Ou i	Non	Dernier rappel	Vaccin obligatoire	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B *			
Tétanos				Méningocoque C*			
Poliomyélite				Pneumocoque*			
Ou D.T.Polio				Rougeole*			
Coqueluche *				Rubéole*			
Méningocoques B et ACWY**				Oreillons*			
Haemophilus Influenzae b*							

*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1 er janvier 2018. Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Si perte du carnet de santé demander une attestation de vaccination à jour par votre médecin traitant. **Vaccination obligatoire au 1 er Janvier 2025.

Mon enfant a déjà eu : ☐ Rubéole ☐ varicelle ☐ scarlatine ☐ coqueluche ☐ rougeole ☐ oreillons ☐ Asthme à l'effort ☐ la covid ☐ crise d'épilepsie

Allergies :

Asthme d'origine allergique : ☐ Non ☐ Oui Alimentaires : ☐ Non ☐ Oui Tolère les traces : ☐ Non ☐ Oui

Médicamenteuse : ☐ Non ☐ Oui

Préciser l'allergie et la conduite à tenir :
.....

Régime alimentaire particulier ☐ Non ☐ Oui lequel : ☐ Sans viande ☐ sans porc ☐ Autre :

Votre enfant suit-il un traitement médicamenteux/soins particulier nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé : ☐ Non ☐ Oui lequel : (joindre l'ordonnance de moins de 6 mois ainsi que les médicaments dans la boîte d'origine au nom de l'enfant). Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance (même médicament vendu sans ordonnance et homéopathie). Une autorisation parentale ne vaut pas d'ordonnance
.....
.....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers (énurésie, lunette, prothèse, épitaxie, peur du noir...) antécédents médicaux ou toutes autres informations utiles ?
.....
.....
.....

Fiche sanitaire suite Renseignements administratifs

Responsable légal 1 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre.....

Nom et Prénom :

Adresse :

Ville: Code Postal :

Téléphone : Domicile: Portable:

Mail:.....

Profession:..... Tel : travail:.....

Assurance: Nom :Numéros de contrat :

Adresse :

Responsable légal 2 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre.....

Nom et Prénom :

Adresse :

Ville: Code Postal :

Téléphone: Domicile:..... Portable:.....

Mail:.....

Profession:..... Tel travail:.....

Assurance: Nom :Numéros de contrat :

Adresse :

Autorisations

Je soussigné(e).....responsable de l'enfantque les renseignements portés sur cette fiche sont exacte et autorise le responsable directeur/adjoint/l'enseignant du centre à prendre, le cas échéant. Toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, radio, examen médicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant en attendant le contact ou l'arrivée des responsables légaux, ainsi que le remboursement des frais médicaux avancés.

Date :

Signature :