



FICHE SANITAIRE ENFANCE (de 3 à 11 ans)

Document obligatoire. Tous les renseignements contenus dans cette fiche restent confidentiels.

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____ Age : ans

Date de naissance : / /

Garçon

Fille

Lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT DE MON ENFANT

Nom _____ Téléphone _____

VACCINATIONS ET RAPPELS OBLIGATOIRES

Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DT POLIO) Date du dernier rappel : _____

Si l'enfant n'a pas reçus ces vaccins, un certificat médical de contre-indication à la vaccination concernée est obligatoire

MON ENFANT A DEJA CONTRACTE LES MALADIES SUIVANTES

Scarlatine Otite Rougeole Rubéole Angine Rhumatisme
 Oreillons Coqueluche Varicelle Hépatite Méningite

MON ENFANT A UNE OU DES ALLERGIES

Asthme Allergie alimentaire Allergie médicamenteuse

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Mon enfant dispose d'un Plan accueil individualisé (PAI). Joindre la copie de celui-ci.

MON ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP ?

Si oui précisez : _____

Reconnaissance MDPH - Bénéficiaire de l'AEEH - Auxiliaire de vie scolaire - Ecole ou classe spécialisée
Merci de fournir les justificatifs correspondants.

Si vous souhaitez échanger avec l'équipe sur ce sujet, n'hésitez pas à prendre rdv.

TRAITEMENT MEDICAL ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

ATTENTION : Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.

En cas de traitement, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine avec notice, dans un contenant fermé et marqué au nom de l'enfant.

Mon enfant porte-il des lunettes, lentilles, appareil auditif ou dentaire... ?

Indiquer ci-dessous toute information que vous jugez utile de transmettre à l'équipe.

Mon enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement Mon enfant sait-il nager ? Oui Non

Mon enfant suit un régime alimentaire spécifique ? Oui Non Si oui, lequel ? _____

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Visa des parents - signer une case par année

2025-2026	SIGNATURE
-----------	-----------

2026-2027	SIGNATURE
-----------	-----------

2027-2028	SIGNATURE
-----------	-----------

REPRÉSENTANTS LEGAUX

	Responsable 1	Responsable 2
Nom-Prénom :		
Lien de parenté : (père, mère, famille accueil...)		
Téléphone portable :		
Téléphone travail :		
Adresse postale :		
Adresse mail :		

N° de sécurité sociale (obligatoire) du responsable de l'enfant : _____

Régime allocataire : CAF MSA N° allocataire (obligatoire) : _____

Assurance responsabilité civile (obligatoire) : Nom de l'assureur : _____

Numéro de contrat : _____

AUTORISATIONS RESPONSABLE LÉGAL

J'autorise le centre social à prendre des photos de mon enfant en activité et à les utiliser sur nos différents modes de communication (plaquettes Eveil, site internet, presse ; expositions...)

J'autorise mon enfant à :

- Participer aux activités organisées par le centre social EVEIL
- Être transporté dans les véhicules du centre Social ou par un transporteur (car, bateau...) selon les activités
- Rentrer seul à la fin de la journée

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre à partir de 17h ou en cas de nécessité :

IMPORTANT : le directeur et les animateurs ne confieront l'enfant qu'aux personnes inscrites ci-dessus.
(En cas d'autorisation exceptionnelle, merci de nous en informer par écrit)

S'il y a lieu, indiquez ci-dessous les **personnes non autorisées** à récupérer votre enfant :

Fait à :

Le :

Signature :



Le centre social décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de dégradation d'objets personnels.
Mon enfant veillera à ne pas apporter d'objets dangereux ou de valeur.

Conservation de cette fiche : 3 ans.

Finalités : prise en compte des habitudes et problèmes sanitaires des enfants. Transfert des informations si prise en charge par les services d'urgence.

Accès : salariés de l'association/corps médical.

Le signataire peut accéder, modifier ou demander la destruction des données à tout moment.