



# FICHE SANITAIRE ENFANCE (de 3 à 11 ans)

NOM de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age :   ans

Date de naissance :   /   /

Garçon

Fille

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

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### MEDECIN TRAITANT DE MON ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ N° Téléphone \_\_\_\_\_

### VACCINATION 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

2024-2025	SIGNATURE

2025-2026	SIGNATURE

2026-2027	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 :

Signature :

Le :



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

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.**

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.