



## SERVICE ENFANCE JEUNESSE

### FICHE SANITAIRE Remplir une fiche par enfant Année 2024-2025

#### ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARCON  FILLE

PHOTO

#### I- VACCINATIONS Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

#### II- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

▪ ALLERGIES OU INTOLERANCES:  ASTHME  ALIMENTAIRE  MEDICAMENTEUSE  AUTRE

Si oui, préciser la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....  
.....  
.....

▪ MISE EN PLACE D'UN P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) APRES CONCERTATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT, L'ALLERGOLOGUE, LE MEDECIN SCOLAIRE :  OUI  NON

Si oui, dans quel cadre :

Restauration collective (repas et goûters)  Pratique de certaines activités

Au quotidien  Autres

.....

Autorise le service enfance jeunesse à faire déjeuner mon enfant à la même table que les enfants ne disposants pas d'un PAI.

**Merci de joindre le protocole d'accueil et toutes les informations utiles**

▪ INDIQUEZ CI-APRES :

LES PARTICULARITES ALIMENTAIRES, LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) OU RECOMMANDATIONS UTILES (COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTES DE SOMMEIL) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**III- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

- Votre enfant porte t-il des lunettes ? :  OUI  NON Au besoin, merci de prévoir un étui au nom de l'enfant
- Votre enfant porte t-il des lentilles ? :  OUI  NON
- Votre enfant porte t-il des prothèses auditives ? :  OUI  NON
- Votre enfant porte t-il des protections auditives (type « bouchons ») ? :  OUI  NON
- Votre enfant porte t-il des prothèses ou appareil dentaire ? :  OUI  NON

Recommandations particulières :

.....  
.....  
.....

**V- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

.....

TEL DOMICILE...../...../...../...../..... TEL PORTABLE...../...../...../...../.....

TEL PROFESSIONNEL ...../...../...../...../.....

Je soussigné(e) .....  
responsable légal de l'enfant.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à établir un diagnostic.

Fait à ..... le.....

Signatures des parents