



SERVICE ENFANCE JEUNESSE

FICHE SANITAIRE Remplir une fiche par enfant Année 2026-2027

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