

# FICHE SANITAIRE 2025/2026

## 1- L'enfant

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  M  F

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour. Elle sera gardée minimum 1 an et sera détruite si elle doit être actualisée par vos soins.*

## 2- Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole - oreillons - Rougeole	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention :** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3- Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

**Si oui,** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubeole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Scarlatine</b>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
<b>Coqueluche</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**Allergies :** **ASTHME** oui  non  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MEDICAMENTEUSES** oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

\_\_\_\_\_

Régime alimentaire, précisez :

NORMAL

VÉGÉTARIEN

SANS PORC

PAI Si allergies précisez ci-dessous

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (PAI, maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

---

---

---

---

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE :** SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

---

---

## 4 - Responsable de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère - domicile : \_\_\_\_\_ ; portable \_\_\_\_\_ ; travail : \_\_\_\_\_

Père - domicile : \_\_\_\_\_ ; portable \_\_\_\_\_ ; travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél :** \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**En cas d'accident :**

**CHR ou Hôpital :** \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :