

FICHE SANITAIRE 2026/2027

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
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole - oreillons - Rougeole	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 ?

Rubeole	Varicelle	Angine	Oreillons	Scarlatine
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
Coqueluche	Otite	Rougeole	Rhumatisme articulaire aigü	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐

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 : _____

Jes 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 :