



FICHE SANITAIRE
ALSH/ALP année 2024-2025

ENFANT F M

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune :

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracop				BCG	

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.



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Informations nécessaires en cas d'urgence

- Poids de l'enfant : _____ - Taille en cm : _____

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 à l'intérieur la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	OUI	NON	OTITES	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON	ROUGEOLE	OUI	NON
ANGINE	OUI	NON	OREILLONS	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON	SCARLATINE	OUI	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGO	OUI	NON			

L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME	OUI	NON
ALIMENTAIRES	OUI	NON
MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
AUTRES (précisez)		

Si autres allergies, précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication pensez à le préciser aux personnels).

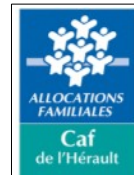
.....

.....

.....

.....

.....



L'enfant a-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) ?

OUI /_/

NON /_/

Si oui joindre le protocole et toutes les informations qui nous seront utiles.

Veillez nous indiquer ci-dessous les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation.....) en nous précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il ?

LENTILLES	OUI	NON	LUNETTES	OUI	NON
PROTHESES DENTAIRES	OUI	NON	AUTRES (précisez)		
PROTHESES AUDITIVES	OUI	NON			

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à :

Participer aux activités sportives et physiques	OUI	NON	Participer aux baignades surveillées	OUI	NON
---	-----	-----	--------------------------------------	-----	-----

J'autorise le personnel de la structure à :

Transporter mon enfant dans un véhicule de service	OUI	NON	Prendre mon enfant en photo	OUI	NON
Utiliser les photos de mon enfant sur les réseaux sociaux	OUI	NON	Utiliser les photos de mon enfant pour le journal municipal...	OUI	NON



RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

PERE /_/_/ MERE /_/_/ TUTEUR /_/_/

Nom :..... Prénom :.....

Adresse :.....

Code Postal :..... Commune :.....

Téléphone portable :..... Téléphone fixe :.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

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 santé de l'enfant.

Fait à

Le

Signature