



FICHE SANITAIRE ANNÉE 2024/2025

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

FILLE

GARÇON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT.

1. VACCINATIONS

Merci de nous fournir la copie du carnet de vaccination.

Cadre réservé à LA Maison Pop'

ENFANTS NES AVANT LE 1^{ER} JANVIER 2018

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			

ENFANTS NES A PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2018

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			
Haemophilus influenzae de type B			
Hépatite B			
Coqueluche			
Pneumocoque			
Rougeole, Oreillons, Rubéole			
Méningocoque C			

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ALLERGIES: ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES.....

Précisez le déclencheur de l'allergie et la conduite à tenir (PAI obligatoire s'il existe)

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

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Si oui, précisez.

.....
.....

Si votre enfant est porteur d'un handicap, merci de préciser lequel ainsi que les recommandations particulières :

.....
.....

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé)? oui non
(si oui, merci de fournir un justificatif)

Y a-t-il des attentions particulières, concernant l'enfant, que vous souhaitez transmettre à la directrice de l'accueil ?

.....
.....

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....
.....
.....

TÉL FIXE DOMICILE: TÉL PORTABLE : TÉL BUREAU :

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je, soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature: