



NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

FILLE

GARÇON

FICHE SANITAIRE ANNÉE 2025/2026

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT.
ELLE EST DESTINÉE A LA DIRECTRICE DE L'ACCUEIL QUI PARTAGERA LES INFORMATIONS QU'ELLE JUGE
NÉCESSAIRES AVEC L'ÉQUIPE D'ANIMATION.

1. RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. dom :

Tél : portable :

Tél prof.

Email :

RESPONSABLE LÉGAL 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. dom :

Tél : portable :

Tél prof.

Email :

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui, doit-il prendre ce traitement quand vous nous le confiez ? oui non

Si oui, prendre rendez-vous avec la directrice de l'accueil de loisirs pour lui remettre 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, prendre rendez-vous avec la directrice de l'accueil de loisirs pour lui remettre le P.A.I. accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

Qu'est-ce qui déclenche l'allergie ? Quelle est 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 | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | PRECAUTIONS A PRENDRE : | : |
| Des lunettes | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | : | |
| Des prothèses auditives | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | : | |
| Des prothèses dentaires | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | : | |
| Des semelles orthopédiques | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | : | |
| Autres : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | : | |

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé)? oui non

Justificatif à fournir : Notification MDPH Notification CAF/MSA

4. 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					

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 :

Notes suite au rendez-vous avec la directrice des accueils de loisirs :

.....

.....

.....