



MINISTÈRE DES SPORTS,  
DE LA JEUNESSE,  
DE L'ÉDUCATION  
POPULAIRE ET DE  
LA VIE ASSOCIATIVE

## FICHE SANITAIRE

**ENFANT :**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Garçon**  **Fille**

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.**

### Maladies

- |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> rougeole   | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Oreillons  | <input type="checkbox"/> Otite      |
| <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Varicelle  |

### Allergies

- Alimentaires :  
 Asthme

- Médicamenteuses

### Difficultés de santé

### Recommandations utiles des parents

### Repas spéciaux

- Repas nécessitant un P A I   
Sans viande   
Autres

Nom du médecin traitant



### VACCINATIONS

VACCINS	Date des derniers rappels
DIPHTERIE	
TETANOS	
POLIOMYELITE	
<u>OU</u> DT POLIO	
<u>OU</u> TETRACOQ	
B C G	
HEPATITE B	
RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE COQUELUCHE	
<b>AUTRES (préciser)</b>	

Je soussigné (e)

\_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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

Signature :

**Autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 6 ans) dans le cadre du périscolaire (avant et après l'école)**  
Oui  Non