

ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

Fiche sanitaire	L'enfant : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
☐ Garçon ☐ Fille Classe _____	

1- **VACCINATION** : (se référer au carnet de vaccination ou certificats de vaccinations de l'enfant).

<i>VACCINS OBLIGATOIRES</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>DATES DES DERNIERS RAPPELS</i>
DTP (diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)			
BCG			
HEPATITE B			
ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)			
COQUELUCHE			
Autres (préciser)			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

2- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

A titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES.

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES :

Asthme : Oui ☐ Non ☐

Alimentaire : Oui ☐ Non ☐

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

Médicamenteuse : Oui ☐ Non ☐

Autres.....

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours Oui ☐ Non ☐ (joindre le protocole et toutes les informations utiles)

INDIQUER CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il

Des lentilles oui ☐ non ☐

des prothèses auditives oui ☐ non ☐

Des lunettes oui ☐ non ☐

un appareil dentaire oui ☐ non ☐

Autres recommandations, préciser (ex : qualité de la peau, crème solaire.....)

3- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URENCE (hormis les parents)

NOMS-PRENOMS	QUALITE	Téléphone fix et/ou portable

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (hormis parents)

NOMS-PRENOMS	QUALITE	Téléphone fix et/ou portable

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Tél domicile..... Portable.....

Tél professionnel.....

Nom du médecin..... Téléphone.....

Je soussigné(e)..... Responsable légal (e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le responsable d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

signature :