



FICHE SANITAIRE & D'INFORMATION SUR L'ENFANT

L'ENFANT

☐ FILLE ☐ GARÇON

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

1-VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) ou joindre les photocopies des pages correspondantes. 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.

VACCINS OBLIGATOIRES

DATES RAPPELS

VACCINS RECOMMANDES

DATE

Diphtérie ☐ Oui ☐ Non		Hépatite B	
Tétanos ☐ Oui ☐ Non		R.O.R	
Poliomyélite ☐ Oui ☐ Non		Coqueluche	
OU DT polio ☐ Oui ☐ Non		Autres	
OU Tétracoq ☐ Oui ☐ Non			

2-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Allergies et restrictions
pour raisons médicales

RUBEOLE ☐ Oui ☐ Non

ASTHME ☐ Oui ☐ Non

OREILLONS ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTAIRE ☐ Oui ☐ Non

OTITE ☐ Oui ☐ Non

INTOLERANCES ☐ Oui ☐ Non

VARICELLE ☐ Oui ☐ Non

MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non

SCARLATINE ☐ Oui ☐ Non

AUTRES ☐ Oui ☐ Non

ROUGEOLE ☐ Oui ☐ Non

Si autres, précisez la cause de l'allergie
et la conduite à tenir :

ANGINE ☐ Oui ☐ Non

.....

COQUELUCHE ☐ Oui ☐ Non

.....

RHUMATISME ☐ Oui ☐ Non

.....

ARTICULAIRE AIGÜ

N° DE SECU. SOCIALE AULEQUEL L'ENFANT EST AFFILIE

3-RECOMMANDATIONS UTILES CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ci-après les difficultés de santé

(accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

ou les traitements médicaux en cours

(joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants - boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

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

Mon enfant a-t-il des restrictions pour les activités sportives ? ☐ oui ☐ non

Restrictions alimentaires ?

Sans viande ☐ oui ☐ non

Sans porc ☐ oui ☐ non

Autres recommandations utiles :

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

4-RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM

PRENOM

TELEPHONE
DOMICILE

TELEPHONE
PORTABLE

ADRESSE

NOM & TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT
(FACULTATIF)

5-AUTRES AUTORISATIONS

Pour les enfants âgés de 2 à 17 ans

- Personnes autorisées à venir chercher l'enfant, autres que les parents

Nom & Téléphone :

Nom & Téléphone :

Pour les enfants âgés de 6 à 17 ans

- J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités du centre social

☐ oui ☐ non

Pour les enfants âgés de 12 à 17 ans

- J'autorise mon enfant à fréquenter librement les activités jeunes, notamment les temps d'accueil libre à La Ruche et les réunions d'accompagnement de projets
- J'autorise les animateurs jeunes à échanger avec mon enfant par téléphone ou via les réseaux sociaux

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

Numéro de téléphone de mon enfant :

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

2025/2026

DATE :

SIGNATURE :

2026/2027

DATE :

SIGNATURE :

2027/2028

DATE :

SIGNATURE :