



# FICHE SANITAIRE ENFANCE

**NOM / PRENOM de l'enfant**

**Données obligatoires : Vaccinations-antécédents médicaux/chirurgicaux-pathologies-traitements.**

Conservation : 3 ans. Finalités : prise en compte des habitudes et problèmes sanitaires des enfants. Transfert des informations si prise en charge par les services d'urgence. Accès : salariés de l'association/corps médical.

**Le signataire peut accéder, modifier ou demander la destruction des données à tout moment.**

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date	ATTENTION Si votre enfant N'a pas les vaccins obligatoires : FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.
DT Polio / coqueluche Haemophilus influenzae Hépatite B		Hépatite B		
		Rubéole-Oreillons-Rougeole		
		BCG		
		Infection pneumocoque		

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### TRAITEMENTS MEDICAUX

ATTENTION Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance. **En cas de traitement, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants** dans l'emballage d'origine, avec notice, dans contenant fermé marqué au nom de l'enfant

OUI -  NON - Préciser la nature du/des traitement(s) :

### MALADIES - cocher les maladies que votre enfant a déjà contracté

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Méningite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Hépatite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre	

### AUTRES DIFFICULTES DE SANTE :

### ALLERGIES

Asthme  OUI  NON    Alimentaire  OUI  NON    Médicamenteuse  OUI  NON    Gel hydroalc.  OUI  NON

**Préciser cause et conduite à tenir :**

## AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'enfant mouille-t-il son lit ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Occasionnellement	<b>AUTRES RECOMMANDATIONS</b> - Lunettes lentilles prothèses auditives dentaires... <i>Indiquer toute information que vous jugez utile de transmettre aux équipes</i>
L'enfant sait-il nager ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## AUTORISATION PARENTALE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant  
déclare exacts les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom du médecin traitant :

Tél :

**Visa des parents attestant qu'aucun élément n'est à modifier sur la fiche après 1 an :**

**2023-2024**  
SIGNATURE

**2024-2025**  
SIGNATURE

**2025-2026**  
SIGNATURE



# AUTORISATION PARENTALE

Document obligatoire. Tous les renseignements contenus dans cette fiche restent confidentiels.

## NOM / PRENOM de l'enfant

**NOM :** **Prénom :** **Age :**

Garçon -  Fille      Date de naissance :      Lieu de naissance :  
Nationalité :

## RESPONSABLE LEGAL

**NOM :** **Prénom :**

### ADRESSE

**Numéro :** **Rue / lieu-dit :**  
**Code postal :** **Commune :**

**N° de sécurité sociale (obligatoire):**

**Régime allocataire (caf ou msa) :** **N° allocataire (obligatoire) :**

**Responsabilité civile (obligatoire) :** **Assureur :** **Numéro contrat/police :**

## CONTACTS FAMILLE

	PARENT 1	PARENT 2
<b>NOM / PRENOM</b>		
<b>Téléphone domicile</b>		
<b>Téléphone portable</b>		
<b>Téléphone travail</b>		
<b>Mail</b>		

## DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, autorise mon enfant

- à participer aux activités organisées par le centre social EVEIL.
- à être transporté dans les véhicules du centre Social ou par un transporteur (car, bateau...) selon les activités

## AUTORISATION DE SORTIE

- J'autorise le directeur à laisser mon enfant partir seul à la fin de l'activité :  OUI -  NON

**IMPORTANT : le directeur et les animateurs ne confieront l'enfant qu'aux personnes inscrites ci-dessous.  
En cas d'autorisation exceptionnelle, merci de nous en informer par écrit.**

- J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre à partir de 17h ou en cas de nécessité :
  
- S'il y a lieu, indiquez les personnes non autorisées à récupérer votre enfant :

## DROIT A L'IMAGE

- J'autorise le centre social à utiliser des photos de mon enfant en activité :  OUI  NON
- J'autorise leur utilisation par le centre social pour :
  - Brochures/plaquettes -  Exposition -  Presse -  Site Internet -  Réseaux sociaux

**Le centre social décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de dégradation d'objets personnels.  
Mon enfant veillera à ne pas apporter d'objets dangereux ou de valeur.**

<b>Signature :</b>	Fait à :	Le :
--------------------	----------	------