

## Fiche sanitaire individuelle 2025-2026

**Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.**

**Une copie du carnet de vaccination doit être fourni obligatoirement.**


### Enfant :

- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
- Sexe:  Masculin  Féminin


### Responsable légal :

**Un responsable légal est une personne désignée pour représenter une autre personne: père, mère, tuteur, famille d'accueil ...**

- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_

 Adresse: \_\_\_\_\_

 Téléphone : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

 Téléphone du travail : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

 Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

## Vaccinations :

### Vaccin obligatoire

- DT polio  **Oui**  **Non** Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

### Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018

- Haemophilus  **Oui**  **Non** Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_  
influenzae de type B
- Hépatite B  **Oui**  **Non** Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_
- Pneumocoque:  **Oui**  **Non** Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_
- Coqueluche  **Oui**  **Non** Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_
- Rougeole,  
oreillons et  **Oui**  **Non** Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_  
rubéole
- Meningocoque C  **Oui**  **Non** Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_



**Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.**

## Renseignements médicaux :

Votre enfant a-t-il déjà eu ses maladies ?

- Rubéole  **Oui**  **Non**
- Varicelle  **Oui**  **Non**
- Scarlatine  **Oui**  **Non**
- Coqueluche  **Oui**  **Non**
- Oreillons  **Oui**  **Non**
- Rhumatisme articulaire aigu  **Oui**  **Non**

## Repas :

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?  Oui  Non

Lesquelles ?

---

---

Votre enfant mange t'il ?

Sans porc  Sans viande  Autres: \_\_\_\_\_

## Allergies :

Votre enfant fait-il des allergies à des médicaments ?  Oui  Non

Merci de préciser à quel(s) médicament(s) ?

---

Votre enfant a-t-il d'autres allergies ?  Oui  Non

Merci de les préciser:

---

## Projet d'Accueil Individualisé:

**Projet d'Accueil Individualisé** : c'est un document qui décrit la manière d'accueillir l'enfant par rapport à ses troubles de la santé (allergie, asthme ...)

**Ce document est à fournir obligatoirement .**

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ?  Oui  Non

Précisez pour quelle(s) raison(s):

---

---

---

## Informations utiles:

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ?

Oui  Non

Quelles sont ces difficultés ?

---

---

Votre enfant porte:

des lunettes

des appareils auditifs

un appareil dentaire

Autres: \_\_\_\_\_

---

## Handicap :

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ?

Oui  Non

Merci de préciser lequel: \_\_\_\_\_

---

---



Est-il reconnu par la Maison Départemental  
des personnes handicapées ?

Oui  Non

Bénéficie t'il de l'AEEH ?

Oui  Non

**AEEH:** Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

**Ce document est à fournir obligatoirement .**

## Attestations sur l'honneur :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- atteste que les informations sont correctes
- Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs, le cas échéant, à prendre toutes les mesures en cas d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Oui  Non

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_