



ACCUEILS DE LOISIRS ARC EN CIEL et LES PETITES FRICHES

FICHE SANITAIRE 2025/ 2026

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE RESTE STRICTEMENT CONFIDENTIELLE.

1 - ENFANT

Nom : Prénom :

Fille ☐

Garçon ☐

Date de Naissance : Lieu :

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio				Hépatite B	
Tétracoq				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Diphtérie				Autre (préciser)	
Tétanos				Autre	
Poliomélyte					
BCG					
Coqueluche					

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre –indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

Rappel : la direction et les animateurs ne sont pas habilités à donner des médicaments aux enfants sans justificatif médical.

• L'enfant suit-il un traitement médical? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquée au nom de l'enfant avec la notice).

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

• **Allergies** (si OUI préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir) :

- asthme :
- alimentaire :
- médicamenteuses :
- autres :

En cas de suivi médical spécial (traitement de fond, pathologie particulière) ou en cas d'allergies alimentaires, les **parents doivent obligatoirement demander au service périscolaire les modalités d'accueil pour un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, et se mettre en relation avec le personnel des services concernés.

• **Indiquez ci-dessous les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...), en précisant les dates et les précautions à prendre:

.....

.....

.....

.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

• Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil dentaire?

.....

.....

• Votre enfant mange-t-il du porc? OUI ☐ NON ☐

5 – RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable légal	Conjoint
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
.....	
 Téléphones	 Téléphones
Domicile	Domicile
Portable	Portable
Travail	Travail

Médecin traitant - Nom 

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Le Signature