

FICHE SANITAIRE 2026



1- RENSEIGNEMENT ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ SEXE: M F

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

École fréquentée : _____

2- RENSEIGNEMENT FAMILLE : SITUATION FAMILIALE : ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale
☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

RESPONSABLE : NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

MAIL : _____

Tel. Domicile : _____ Tel. Portable : _____ Tel. Professionnel : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Centre de sécu : _____

☐ Régime général ☐ MSA ☐ Autres : _____

☐ CAF de : _____ N° d'allocataire : _____ Quotient familial : _____

Profession : _____ Employeur : _____

CONJOINT : NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

MAIL : _____

Tel. Domicile : _____ Tel. Portable : _____ Tel. Professionnel : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Centre de sécu : _____

Profession : _____ Employeur : _____

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

3- AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone
■	_____	_____	_____
■	_____	_____	_____
■	_____	_____	_____

Si l'enfant a plus de 6 ans est-il autorisé à rentrer seul ? OUI NON

Personnes à contacter en cas d'urgence si les responsables sont injoignables. Précisez noms et téléphone :

• _____ • _____

4- VACCINATIONS

FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT

5- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant de l'enfant : _____

Adresse : _____

Tel : _____

Dans quelle clinique ou hôpital doit-il être prioritairement conduit ? _____

6- MALADIES INFANTILES

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Rhumatisme ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche

☐ Otite ☐ Rougeole ☐ Oreillons

7- RENSEIGNEMENTS SUR LES ALLERGIES

☐ Asthme

☐ Alimentaire

☐ Médicamenteuse

☐ Autre : _____

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Si allergie, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Si automédication le signaler :

Indiquez les **difficultés de santé** de l'enfant. Maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles. L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire

8- CONTRAINTES ALIMENTAIRES

9- AUTRES OBSERVATIONS

Indiquez toutes informations que vous considérez importantes pour le suivi de votre enfant au Centre de loisirs Les Villages du Châtelet :

Je soussigné _____ responsable de l'enfant _____ certifie exact les informations remplies sur ce document.

Fait à : _____

Le : _____

Signature : _____