



# Fiche sanitaire

Selon le CERFA N°10008\*02 du Ministère  
de la Jeunesse et des Sports  
Code de l'Action Sociale et des Familles



École ..... Classe .....

Périscolaire  ALSH

## Enfant

Nom

Prénom

Né(e) le  /  /  à  Sexe F  M

Régime alimentaire :

## Famille

Responsable 1  Mme  M

Nom  Prénom

E-mail

Adresse

C.P  Ville

Tél. domicile  Tél. mobile

Assurance  N° de police

Responsable 2  Mme  M

Nom  Prénom

Domicile

Tél. domicile  Tél. mobile

## Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que les responsables légaux)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Prévenir en cas d'urgence

Enfant autorisé à partir seul :  non /  oui à \_\_\_ h \_\_\_



## Vaccinations

Photocopie des vaccins du carnet de santé obligatoire

Date du dernier DT Polio :

## Maladies et allergies

### Médecin traitant

Nom

Tél.

### Projet d'Accueil Individualisé

Mise en place d'un PAI :  non /  oui Nature du PAI :

L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques :  non /  oui

### Maladies

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (rayer si non)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Asthme	Rougeole	Oreillons

### Allergies

<b>Allergie médicamenteuse</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<b>Allergie alimentaire</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<b>Autres</b>  Précisez :
---	--	---------------------------------

Précisez ci-dessous la conduite à tenir pour les allergies (si automédication le signaler) :

### Autre

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez ci-dessous :

## Autorisations diverses

Photos	Maquillage	Baignade	Activités physiques
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :     /     /     Signature :