

# FICHE DE SANTÉ

DOCUMENT CONFIDENTIEL

(Une fiche par enfant)

NOM DU MINEUR : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).*

## 1. VACCINATIONS

### JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PAGES NOMINATIVES DU CARNET DE VACCINATIONS DE L'ENFANT CONCERNÉ

*Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

- Suit-il un traitement médical ? Oui  Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)*

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

- Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui  Non

*Si oui, veuillez nous transmettre une attestation AEEH.*

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES.....  Oui  Non  
 MÉDICAMENTEUSES.....  Oui  Non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen, etc, ...).....  Oui  Non

*Préciser : .....*

*Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.*

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? Oui  Non

*Si oui préciser :*

.....  
 .....

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Oui  Non

*Si oui, joindre le document.*

Date de validité : .....

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

**Port des lunettes, de lentilles de contact, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...**

.....  
 .....

## 4. RESPONSABLE(S) DU MINEUR

• Responsable N°1 :

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

• Responsable N°2 :

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

## 5. PERSONNE(S) HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU À PREVENIR EN CAS D'URGENCES (Autres que parents)

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (interventions médicales et/ou chirurgicales).

Je n'autorise pas le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (interventions médicales et/ou chirurgicales).

Je soussigné(e) .....,  
 responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature :