



FICHE SANITAIRE

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

PHOTO

École

Maternelle : ☐ La Fontaine ☐ Les Fougères ☐ Thiers ☐ Autre

Élémentaire : ☐ La Fontaine ☐ Les Fougères ☐ Thiers ☐ Autre

Inscription ☐ Périscolaire ☐ Accueil de loisirs ☐ Séjour

Année : 2026/2027

Classe

ENFANT

Nom

Pénom

Né(e) le / / à Sexe F ☐ M ☐

Régime alimentaire : ☐ Classique ☐ Végétarien

FAMILLE

RESPONSABLE 1 ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom Prénom

Adresse

CP Ville

E-mail

Téléphone domicile Téléphone mobile

RESPONSABLE 2 ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom Prénom

Adresse

CP Ville

E-mail

Téléphone domicile Téléphone mobile

Assurance N° de police

PERSONNES AUTORISÉES À RÉUPÉRER L'ENFANT (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	À prévenir en cas d'urgence
				☐ oui ☐ non
				☐ oui ☐ non
				☐ oui ☐ non
				☐ oui ☐ non



EN CAS DE PARTICIPATION À UN SÉJOUR

Taille (hauteur en cm) Poids Pointure Groupe sanguin

Photocopie des vaccins du carnet de santé obligatoire

Date du dernier DT Polio : / /

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de l'attestation CMU en cours de validité pendant toute la durée du séjour.

MALADIES ET ALLERGIES

MÉDECIN TRAITANT

Nom

Téléphone

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

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

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

MALADIES

Précisez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Asthme	Rougeole	Oreillons

ALLERGIES

Allergie médicamenteuse	Allergie alimentaire	Autres
☐ oui ☐ non Précisez :	☐ oui ☐ non Précisez :	☐ oui ☐ non Précisez :

Précisez 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... Si oui, précisez :

AUTORISATIONS DIVERSES

Photos	Maquillage	Baignade	Activités physique
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Je soussigné(e), _____, 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 les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date : | | | / | | | / | |

Signature :