

**ANNEXE 3**  
**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
**FICHE SANITAIRE**

*Code de l'Action Sociale et des Familles*

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE SCOLAIRE DE L'ENFANT POUR LE PERISCOLAIRE AINSI QUE L'ACCUEIL DE LOISIRS :**

**1. ENFANT**

NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

**2. VACCINATIONS**

MERCI DE FOURNIR LA PHOTOCOPIE DES VACCINS

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui  non

*\*Merci de nous fournir une copie*

L'enfant bénéficie-t-il d'une AEEH ? Oui  non

*\*Merci de nous fournir une copie*

L'enfant 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) + P.A.I*

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Lieu préférentiel d'hospitalisation (sous réserve de l'avis médical émis par le SAMU)

Hôpital

Clinique

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b>	<b>SCARLATINE</b>
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"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
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"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non   
 MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non   
 AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---



---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---



---



---

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
 responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

Date :

Signature :

