Réservé administratif
❒ P ❒ M

FICHE SANITAIRE
2025/2026

Joindre une photo

L'ENFANT		
NOM……..……Prénom……		Né(e) le ……
Garçon ❒ Fille ❒	Ecole……..……..……Classe (A la rentrée 25-26)……..…..….	
NOM DU MEDECIN TRAITANT :……..……Commune……..…...Tél ……		

RESPONSABLES DE L'ENFANT		
M- Mme Adresse CP Ville	✆ Domicile	
	✆ Travail	
	✆ Portable	
M- Mme Adresse (si différente) CP Ville	✆ Domicile	
	✆ Travail	
	✆ Portable	

M- Mme…… **a l'autorité parentale** ☐ Oui ☐ Non

M- Mme…… **a l'autorité parentale** ☐ Oui ☐ Non

En cas de jugements spécifiques, merci de transmettre les documents.

Personnes autorisées à récupérer mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence.			
NOM	PRENOM	(indiquer le lien de parenté)	Téléphone

LES AUTORISATIONS	Utilisation interne (outils)		Diffusion extérieure (internet)	
	Oui	**Non**	**Oui**	**Non**
Droit à l'image (utilisation de photos, vidéos, sons).				

	Oui	**Non**
Les responsables et les animateurs de la structure peuvent emmener mon enfant lors des sorties (à pied, en car, en minibus, train, vélo…)		
Les responsables ou animateurs peuvent emmener exceptionnellement mon enfant dans leur véhicule personnel (assurance association) pour sortie, médecin, séjour, école …		
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs et périscolaire **Si oui joindre une autorisation remplie et signée !**		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS (fournir **obligatoirement** une copie du carnet de santé)
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication**.

MALADIES (Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes, si oui cochez les cases ?)

RUBEOLE ❒	VARICELLE ❒	ROUGEOLE ❒
ANGINE ❒	SCARLATINE ❒	OTITE ❒
COQUELUCHE ❒	OREILLONS ❒	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÜS ❒

Prise d'un traitement médical oui ❒ Non ❒ (fournir une photocopie de l'ordonnance+ le traitement)

ALLERGIES – ASTHME

ASTHME ❒	MEDICAMENTEUSES ❒	ALIMENTAIRES ❒
AUTRES :		

Précisez ci-dessous la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

PAI (Protocole Accueil Individualisé) oui ❒ Non ❒ (fournir une photocopie+ le traitement)

REGIMES ALIMENTAIRES et INTOLERANCES. non allergiques (ex : sans porc, sans viande…)

RECOMMANDATIONS UTILES précisez si port de lentilles, prothèses auditives ou dentaires etc**…**

DIFFICULTES DE SANTE Indiquez ci-après maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducation, crises convulsives, …en précisant **les précautions à prendre**

Enfant porteur de handicap	**Oui ❒**	**Non ❒**
A-t-il un dossier MDPH ?	**Oui ❒**	**Non ❒**
Bénéficie-t'il de l'AEEH*?	**Oui ❒**	**Non ❒**
*(Allocation Education Enfant Handicapé)		

En cas de notification MDPH, merci de transmettre les documents.

Je soussigné(e) M. et/ou Mme ……
Agissant en qualité de Parent 1 ❒ Parent 2 ❒ A préciser ❒
De l'enfant Nom …… ……..……..
Prénom……
Né(e) le…….

AUTORISE les responsables de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, consultation, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à en payer tous les frais.

DECLARE EXACTS les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage** à en signaler toutes modifications à venir,

DECLARE avoir pris connaissance et approuve le règlement de fonctionnement.

A Sainte Pazanne, le …….

Signature(s)
Précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »)

Parent 1 Parent 2 Autres

Pour information, la CAF et la MSA participent financièrement au fonctionnement des services.

Les données collectées sont déclarées auprès de la CNIL conformément à la délibération n° 2015-433 du 10 décembre 2015 portant adoption d'une norme simplifiée relative aux traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre par les collectivités territoriales et les personnes morales de droit public et de droit privé gérant un service public aux fins de gérer les services en matière d'affaires scolaires, périscolaires, extrascolaires et de petite enfance (NS-058)