

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT (confidentiel)

Septembre 2026 – Août 2027

Adhérent :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Nationalité : _____ Sexe : ☐ garçon ☐ fille

Adresse complète : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Photo
d'identité récente
obligatoire

Caisse sociale d'affiliation de l'enfant :

☐ CCSS ☐ SPME ☐ CAMTI ☐ Caisses françaises ☐ Autres : _____

N° d'immatriculation à la caisse sociale (obligatoire) : _____

Numéro des personnes à contacter en cas d'urgence :

	NOM	PRENOM	TEL. DOMICILE	TEL MOBILE	TEL PROFESSIONNEL
Responsable 1					
Responsable 2					
Autres (à préciser ci-dessous)					
QUALITE	NOM	PRENOM	TEL. DOMICILE	TEL MOBILE	TEL PROFESSIONNEL

Vaccination obligatoire : DTP, vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Veuillez fournir la photocopie du carnet de vaccination

	Nom du vaccin	Date d'injection
1ère injection – 2 mois		
2ème injection – 4 mois		
3ème injection – 11 mois		
4ème injection – 6 ans		
5ème injection – entre 11 et 13 ans		

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

☐ maladies chroniques	☐ rougeole	☐ oreillons	☐ hépatite	☐ varicelle
☐ infection urinaire	☐ rubéole	☐ scarlatine	☐ méningite	☐ coqueluche

Autre(s) maladie(s) (à préciser) : _____

Est-il sujet aux affections suivantes :

☐ angine	☐ vertige	☐ otite	☐ migraine
☐ eczéma	☐ saignement de nez	☐ mal de transport	☐

Autre(s) maladie(s) (à préciser) : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) médical ?

☐ Non ☐ Oui (Si oui à préciser) _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Assistant de Vie Scolaire (A.V.S.) ?

☐ Non ☐ Oui (Si Oui à préciser, merci de prendre contact avec la DASO) _____

A-t-il eu récemment :

☐ Une intervention chirurgicale / opération (à préciser) : _____

☐ Une fracture (à préciser) : _____

☐ Allergies (à préciser) : _____

☐ Maladies chroniques (à préciser) : _____

☐ Asthme (à préciser) : _____

☐ Traitements réguliers (à préciser) : _____

☐ Des troubles psychologiques nécessitant une attention particulière

☐ convulsions	☐ de l'audition	☐ du langage	☐ de la vue	☐ de l'équilibre
--------------------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------------	---

Régimes alimentaires :

☐ Allergies (à préciser) : _____

☐ Régime médical (à préciser) : _____

☐ Autre(s) (à préciser) : _____

Si votre enfant suit un traitement médical occasionnel :

Veuillez fournir une copie de l'ordonnance du médecin traitant, datée et mentionnant la posologie ainsi que la durée du traitement. Et mettre le tout dans une pochette à son nom et le transmettre à l'accueil.

Autres problèmes et recommandations particulières à la santé de l'enfant :

Je, (Nous) soussigné(s) _____ responsable(s)
légal(aux) de l'enfant, (Nom, Prénom) _____

Déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le Centre de la Jeunesse Princesse Stéphanie, le cas échéant, à prendre toutes mesures médicales d'urgences nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant porte-t-il ?

☐ des lunettes	☐ des verres de contact	☐ un appareil dentaire	☐ un appareil auditif
---------------------------------------	--	---	--

Autres (préciser) : _____

Votre enfant a-t-il une phobie ?

☐ Non ☐ Oui (si oui à préciser) : _____

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

☐ Non ☐ Oui

Autres informations : Merci d'indiquer ici toute autre information utile (santé, comportement, particularités, etc.)

Date : ____ / ____ / ____

Signature du responsable légal :