

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

2025
2026A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle
Archivée seulement durant l'année car il nécessite un renouvellement annuel**L'ENFANT**Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin Genre ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Non-binaire

Nom Prénom

Date de Naissance Âge

N° sécurité sociale associé à l'enfant

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) ☐ non ☐ oui**ALLERGIE**Alimentaire ☐ non ☐ oui LaquelleMédicamenteuse ☐ non ☐ oui LaquelleAutres ☐ non ☐ oui Laquelle

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé ☐ non ☐ oui ☐ déjà établi (document à fournir)**PATHOLOGIE** (asthme, diabète, épilepsie...)

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé ☐ non ☐ oui ☐ déjà établi (document à fournir)**TRAITEMENT MEDICAMENTEUX**Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI.
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)Traitement régulier ☐ Aucun ☐ Pris au domicile ☐ A prendre sur la structureTraitement en cas de crise (pathologie, allergie...) ☐ non ☐ oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

☐ L'enfant s'auto médicamente ☐ Prévoir PAI pour l'accompagner ☐ PAI déjà établi (à fournir)**APPAREILLAGE COMPENSATOIRE**☐ Lunette ☐ Lentilles ☐ Prothèses Auditives ☐ Prothèses Dentaires ☐☐ Appareil orthopédique ☐ Fauteuil/Déambulateur ☐ Autre Lequel

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité...) :

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé ☐ non ☐ oui ☐ déjà établi (document à fournir)**AUTRES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé, etc...) veuillez les indiquer ci-dessous.

MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom

Tél

Adresse

RESPONSABLE(S) En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale.

En qualité de cocher la case

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice

Nom

Prénom

Adresse

.....

Commune

Tél Tél

En qualité de cocher la case

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice

Nom

Prénom

Adresse si différente

.....

Commune

Tél : Tél :

AUTORISATION DES RESPONSABLES

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

Le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin consulté.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné·e, responsable(s) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant est à jours ainsi que le cas échéant le(s) Projet(s) d'accueil individualisé (PAI).

Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le directeur·trice et/ou le coordinatrice·eur.

Les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

A

le

Signature du/des responsable(s)

FICHE SANITAIRE A RETOURNER SIGNÉE

A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION