

2025-2026

Fiche enfant

Identité

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Responsable légal

Nom : Prénom :

Adresse :

☐ Domicile : Portable : Travail :

Médecin Traitant

Nom : Ville :

☐

Vaccinations

Chez les enfants **nés avant le 1er janvier 2018** les vaccinations contre **la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** aux âges de 2,4 et 11 mois sont obligatoires pour l'entrée en collectivité.

Chez les enfants **nés à partir du 1er janvier 2018**, les vaccins obligatoires sont ceux qui protègent des maladies de l'ensemble du tableau ci-dessous.

Maladies	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Maladies	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Haemophilus influenzaeB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Vous pouvez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires (*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements concernant le mineur

Poids.....Kg Taille:.....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit actuellement un traitement médical : ☐ Oui ☐ Non

Si oui vous devez joindre un ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Difficultés de santé

L'enfant est-il allergique? ☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuses ☐ Autres:

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précaution à prendre:

L'enfant bénéficie t'il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) : ☐ Oui ☐ Non

Recommandations utiles

Précisez les autres informations que vos jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant: Vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

Autorisation

Je soussigné(e) _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature

☐ Lu et approuvé

Fait à

Le

 / /

Signature du
responsable
légal