

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 tétonas 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
Diphthérite				Coqueluche			
Tétanos				Haemophilus influenzaeB			
Poliomyélite				Hépatite B			
				Méningocoque C			
				Pneumocoque			
				Rubéole Oreillons Rou-geole			

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 (boites 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 _____

Signature du
responsable
légal

Le / /