

Fiche sanitaire 2025/2026

Garçon

Fille

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphhtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (à préciser)	
OU Tétracoq					
B.C.G.					

Merci de joindre une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une 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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
Rhumatismes articulaire aigü	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N

Asthme	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Autres	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

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

Afin d'accueillir votre enfant, de faciliter son bien être et d'être à l'écoute de ses besoins, nous vous invitons à nous transmettre les informations suivantes :

Avez-vous une notification MDPH ou un dossier en cours ?.....
Êtes-vous bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé ?.....
Est-il accompagné par un AVS ?.....
Si oui, sur quel groupe scolaire ?
il suivi par une structure et si oui laquelle (CAMSP, IME, Sessad...) ?.....

Est-

Pour une coordination des actions et dans l'intérêt de votre enfant, autoriser-vous l'équipe de l'association à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? OUI NON
Si oui, merci de nous indiquer leurs coordonnées et leur fonctions :

Autres renseignements que vous jugez utile de porter à notre connaissance :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

Nom : Prénom :

Adresse:.....
.....

Numéros de téléphone :.....

Le médecin traitant : Docteur.....

Ville :

Numéro de téléphone :.....

Je soussigné(e) Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Accueil de loisirs
Activités culturelles et de loisirs

Familles de la Baie

1Kerleven Huella
29260 PLOUIDER
Jeunesse et Sports
Tél. : 06 04 40 03 69
Email : famillesdelabaie@gmail.com

Association loi1901
Agrée