



FICHE SANITAIRE 2026

ENFANT

Nom Prénom.....

Date de naissance Lieu de Naissance.....

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

RESPONSABLE LÉGAL

Responsable 1

Nom : Prénom :.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : Fixe :

Travail : Adresse mail :

Date de naissance Lieu de Naissance

Responsable 2

Nom : Prénom :.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : Fixe :

Travail : Adresse mail :

Date de naissance Lieu de Naissance

Nom du Médecin Traitant de l'Enfant : Tél :

VACCINS - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Joindre photocopie des vaccins de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Entourer les maladies que votre enfant a déjà contractées :

Coqueluche / otite / rougeole / oreillons / rubéole / varicelle / scarlatine / angine

ALLERGIES :

ASTHME : oui non
MÉDICAMENT : oui non

ALIMENTAIRES : oui non
MAQUILLAGE : oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non L'enfant est-elle réglée ? oui non

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles de contacts, des prothèses dentaires, des prothèses auditives ? Etc...

Précisez :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

.....
.....

AUTORISATIONS

- Autorise mon enfant à se baigner sous surveillance (seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la polio) et à participer à toutes les activités proposées durant le séjour : oui non

L'enfant sait-il nager : oui non

- Autorise les responsables du séjour à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre :

En voiture individuelle (de l'association ou de bénévoles) : oui non

Par des moyens de transports collectifs et publics (Car, SNCF) : oui non

- Autorise l'Association Familles Rurales à utiliser les photos, vidéos de mon enfant prises lors du séjour, pour un usage promotionnel des activités du réseau et de l'Association auprès du Progrès ou des réseaux sociaux : oui non
- Autorise l'équipe d'animation et le directeur à prendre mon enfant en photo et vidéo pour l'usage de notre groupe WhatsApp : oui non

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :