

# Fiche sanitaire

(pour le responsable du suivi sanitaire et les sorties)



## 1 - L'ENFANT :

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**2 – VACCINATIONS** (Merci de joindre la copie du carnet de vaccination. 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.)

VACCINS obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	date:
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>ou</b> DT polio				Haemophilus influenzae b	
<b>ou</b> Tétracoq				méningocoque C	
				pneumocoque	

Merci de joindre la copie des vaccins écrits dans le carnet de santé, c'est ce document qui est demandé en cas d'entrée à l'hôpital.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui, indiquez ci-dessous le nom du médicament et la posologie à suivre :

nom du médicament : \_\_\_\_\_ posologie : \_\_\_\_\_

nom du médicament : \_\_\_\_\_ posologie : \_\_\_\_\_

nom du médicament : \_\_\_\_\_ posologie : \_\_\_\_\_

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte ou emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance pendant le séjour.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>Rubéole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Angine</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Otite</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

## ALLERGIES :

asthme : oui ☐ non ☐

alimentaires : oui ☐ non ☐

médicamenteuses : oui ☐ non ☐

autres : \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Précisez ici si l'enfant a une maladie, des crises convulsives, s'il a eu un accident, une hospitalisation, une opération, une rééducation en indiquant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

## 4 - NUMÉRO DE SECURITE SOCIALE

n° immatriculation à la sécurité sociale

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

nom et adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie :

nom et adresse de votre caisse complémentaire mutuelle :

Si vous bénéficiez de la CMU, merci de joindre une photocopie de la carte CMU, c'est ce document qui est demandé en cas de visite chez le médecin ou d'entrée à l'hôpital.

## AUTORISATION

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ ,  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien, à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé de mon enfant : traitement médical, hospitalisation, voire intervention chirurgicale avec anesthésie.  
date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

(En tous les cas, la direction joint par téléphone un responsable légal de l'enfant si ce dernier a besoin de soins médicaux durant le séjour.)

## Fiche de renseignements (pour la direction)

Juillet 2026

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Fille ☐ - Garçon ☐

âge : \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

adresse précise \_\_\_\_\_

### Responsable légal 1

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

téléphone personnel \_\_\_\_\_

téléphone du travail \_\_\_\_\_

### Responsable légal 2

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

téléphone personnel \_\_\_\_\_

téléphone du travail \_\_\_\_\_

### Personne à prévenir en priorité si besoin

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

en qualité de : ☐ responsable légal ☐ autre : \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'absence des responsables légaux

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

en qualité de : ☐ responsable légal ☐ autre : \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres enfants de la même famille inscrits sur le séjour ?

☐ une sœur ☐ un frère ☐ autre : \_\_\_\_\_



Y a-t-il ☐ une sœur ☐ un frère ☐ un copain ☐ une copine avec qui vous voudriez que l'enfant partage la chambre ?

(si cela est possible, car tout dépend du nombre d'enfants inscrits, de leur âge, du projet pédagogique en place...)

Si oui, précisez le nom et prénom de l'autre enfant : \_\_\_\_\_

### Recommandations utiles

L'enfant :

- porte des lunettes ? oui ☐ non ☐ précisions : \_\_\_\_\_

- a un appareil dentaire ? oui ☐ non ☐ précisions : \_\_\_\_\_

- est énurétique (= pipi au lit) ? oui ☐ non ☐ précisions : \_\_\_\_\_

- mouille son lit occasionnellement ? oui ☐ non ☐ précisions : \_\_\_\_\_

- a des otites à répétition ? oui ☐ non ☐ précisions : \_\_\_\_\_

- autre à préciser : \_\_\_\_\_

Avez-vous des renseignements complémentaires qui ne sont pas d'ordre médical à donner concernant votre enfant : situation dans la famille, régime alimentaire, sports ou exercices interdits, loisirs préférés... ? \_\_\_\_\_

date :

Signature :

Ces deux documents (fiche sanitaire + fiche de renseignements) sont à retourner :

- soit par mail à [inscriptions@laisondubeau.com](mailto:inscriptions@laisondubeau.com)

- soit par voie postale à :

**AUDREY HARBOIS**

**La Maison du Beau**

**351-2 rue Gabriel Mouilleron**

**54200 ECROUVES**