

# 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	dates
Diphétérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Haemophilus influenzae b	
ou Tétracoq				méniringocoque 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 ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Rougeole
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otite	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	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@lamaisondubeau.com](mailto:inscriptions@lamaisondubeau.com)
- soit par voie postale à :

**AUDREY HARBOIS**

**La Maison du Beau**

**351-2 rue Gabriel Mouilleron**

**54200 ECROUVES**