



## FICHE SANITAIRE – ACCUEIL SAINT-JEAN GABRIEL / SCENOCONCEPT

### INFORMATIONS PRATIQUES

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon Classe de l'enfant (2025-2026) : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du représentant légal 1 : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Tel portable : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Tel bureau : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Nom et prénom du représentant légal 2 (facultatif) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Tel portable : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Tel bureau : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

### VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Polyomyélite			
Ou DT polio			

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



Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Hépatite B			
Rubéole – Oreillons – Rougeole			
Coqueluche			
BCG			
Autres (préciser)			

## RENSIÈGNEMENTS MÉDICAUX

**L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil du club du mercredi ?**  OUI  NON

Si oui, fournir au directeur du centre le jour de la rentrée le PAI mis en place avec l'école OU convenir d'un rendez-vous téléphonique pour la mise en place du traitement. **Aucun traitement ou médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

RUBEOLE :  OUI  NON

VARICELLE :  OUI  NON

ANGINE :  OUI  NON

SCARLATINE :  OUI  NON

OREILLONS :  OUI  NON

COQUELUCHE :  OUI  NON

OTITE :  OUI  NON

ROUGEOLE :  OUI  NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE :  OUI  NON

**ALLERGIES :**

POUSSIERES :  OUI  NON

POILS ET PLUMES :  OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES :  OUI  NON

ALIMENTAIRES :  OUI  NON

Si oui préciser : \_\_\_\_\_

AUTRES ALLERGIES : \_\_\_\_\_

Préciser l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

---

---



Préciser si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

---

---

---

---

#### INFORMATIONS UTILES :

L'enfant porte-t-il des lunettes ?  OUI  NON

L'enfant porte-t-il des lentilles ?  OUI  NON

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?  OUI  NON

L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?  OUI  NON

Autres :

---

---

#### DEPART DE L'ENFANT

L'enfant peut-il repartir seul chez lui ?  OUI  NON

Si non, avec qui peut-il repartir ? (nom et coordonnées téléphoniques). Une pièce d'identité pourra être demandée.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Personne avec qui l'enfant ne peut absolument pas repartir ?

- \_\_\_\_\_



## ACTIVITES

L'enfant peut-il participer à toutes les activités (sportives, culturelles, manuelles, artistiques) ?

OUI  NON

Si non, précisez les raisons de cette incapacité ?

---

---

## CONTACTS EN CAS D'URGENCE

---

---

---

## OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

---

---

---

## SIGNATURE

Je soussigné(e), responsable légal de  
l'enfant déclare exacts les  
renseignements mentionnés dans cette fiche et autorise le responsable du club mercredi à prendre,  
le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Le     /     /

Signature