



## FICHE SANITAIRE – ACCUEIL SAINT-JEAN GABRIEL / SCENOCONCEPT – 2026-2027

### INFORMATIONS PRATIQUES

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

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

Sexe :  Fille  Garçon Classe de l'enfant (2026-2027) : \_\_\_\_\_

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 OTITE :  OUI  NON

COQUELUCHE :  OUI  NON ROUGEOLE :  OUI  NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE :  OUI  NON

**ALLERGIES :**

POUSSIERES :  OUI  NON POILS ET PLUMES :  OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES :  OUI  NON Si oui ALIMENTAIRES :  OUI  NON

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