

# FICHE SANITAIRE

## ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Garçon  Fille   
 N° de sécurité sociale N° \_\_\_\_\_  
 Assurance responsabilité civile : \_\_\_\_\_  
 N° de contrat : \_\_\_\_\_

### 1- RESPONSABLES LÉGAUX

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

### 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

#### Enfant né avant le 01 janvier 2018

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date du dernier rappel
DT POLIO		ROR	
		Hépatite B	
		Autres (préciser)	

#### Enfant né à partir du 01 janvier 2023

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel
DT POLIO/coqueluche, Hépatite B	
ROR	
Méningocoque	
Pneumocoque	

### 3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX :

---

---

---

PAI A SIGNALER (fournir la copie du PAI complet) :

ALLERGIES : ASTHME                      oui    non    MEDICAMENTEUSES                      oui    non  
                         ALIMENTAIRES                      oui    non

AUTRES \_\_\_\_\_

---

PATHOLOGIES CHRONIQUES / TRAITEMENT EN COURS / AUTRES A SIGNALER :

(Fournir l'ordonnance du médecin avec le traitement au responsable de l'accueil avec le nom et prénom de l'enfant sur les emballages)

---

---

---

---

### 4- RECOMMANDATIONS UTILES

(Porte des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, pour une fille : si elle est réglée, en cas de séjour : si l'enfant mouille son lit, autres ... précisez)

---

---

---

---

### 5- TYPE DE REPAS

Repas classique

Repas sans viande

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, certifie que mon enfant n'a aucune contre-indication médicale pour pratiquer les activités proposées par la Communauté de Communes Alpes d'Azur et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :