

## Fiche sanitaire 2026-2027

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ././..... Sexe : F  M

### Vaccins

| Vaccins Obligatoires  | Oui | Non | Date dernier rappel |
|---|-----|-----|---------------------|
| Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite /<br>Coqueluche / Haemophilus / Hépatite B |     |     |                     |
| Pneumocoque   |     |     |                     |
| Méningocoque  |     |     |                     |
| ROR (Rougeole / Oreillons / Rubéole)  |     |     |                     |
| Vaccins Recommandés   |     |     |                     |
| BCG   |     |     |                     |
| Autres  |     |     |                     |

### Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un traitement médical Oui  Non

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Oui  Non

*Si oui, joindre ordonnance / PAI récent et les médicaments correspondants pour chaque activité de l'IFAC*

Une AEEH (Allocation d'éducation de l'Enfant Handicapé) est-elle mise en place ? : Oui  Non

### Allergies :

Alimentaire Oui  Non

Asthme Oui  Non

Médicamenteuses Oui  Non

Autre : .....

Si oui : précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....

Recommandations utiles des parents (siestes / lunettes / appareils dentaires et/ou auditifs /comportement...)

.....  
.....

### Hospitalisation :

Je soussigné(e)....., agissant en qualité de responsable légal autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de .....

J'autorise le cas échéant, en cas d'urgence, le(a) responsable de l'établissement d'accueil ou ses délégués à prendre toutes les mesures nécessaires pour transporter et faire hospitaliser mon enfant.

Date :

Signature :