



ACCUEIL PERISCOLAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remettre sous enveloppe cachetée)

NOM : Prénoms :

Date de naissance : Age :

Sexe : M F

Renseignements importants concernant la santé du jeune

Handicap, Régime alimentaire, Allergie(s), Asthme, Énurésie, Encoprésie...etc.

Préciser la nature ci-dessous ainsi que la conduite à tenir et les éventuelles contre-indications **FOURNIR LE PAI**

Joindre copies du carnet de santé

Liste des vaccins obligatoires ENFANTS NES AVANT 2018	DERNIER RAPPEL	Liste des vaccins obligatoires ENFANTS NÉS APRES 2018	DERNIER RAPPEL
ANTIDIPHTÉRIQUE		ANTIDIPHTERIQUE	
ANTITETANIQUE		ANTITETANIQUE	
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE		ANTIPOLIOMYELITIQUE	
LES AUTRES VACCINS CI-CONTRE SONT FORTEMENT CONSEILLES		CONTRE LA COQUELUCHE	
		CONTRE LES INFECTIONS INVASIVES A HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B	
		CONTRE LE MENINGOCOQUE DE SEROGROUPE C	
		CONTRE LE VIRUS DE L'HEPATITE B	
		CONTRE LA ROUGEOLE	
		CONTRE LES INFECTIONS INVASIVES A PNEUMOCOQUE	
		CONTRE LES OREILLONS	
		CONTRE LA RUBEOLE	

Maladies déjà contractées	oui	non
Rougeole		
Varicelle		
Oreillons		
Rubéole		
Scarlatine		
Otite		

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes ? : oui non

Des prothèses auditives ? : oui non

Des prothèses dentaires : oui non

RAPPEL

En cas de traitement médical, les médicaments doivent être remis directement au responsable de la structure avec l'ordonnance du médecin

Dernières interventions chirurgicales subies (avec dates) :

.....
.....

Autre(s) renseignement(s) (qu'il vous semble important de communiquer) :

.....
.....

Médecin traitant

Nom :
Téléphone :
Adresse :

Personnes à prévenir

NOM, PRENOM du parent 1, responsable légal –
tuteur(trice) :
Téléphone domicile :
Téléphone mobile :
Téléphone professionnel :

NOM, PRENOM du parent 2, responsable légal-
tuteur(trice) :
Téléphone domicile :
Téléphone mobile :
Téléphone professionnel :

NOM, PRENOM du responsable durant l'accueil (grands-parents,
famille d'accueil) :
Téléphone domicile :
Téléphone mobile :
Téléphone professionnel :

EN CAS D'URGENCE,

Le centre 15 (SAMU) sera appelé. Un enfant accidenté ou malade est orienté vers l'hôpital le mieux adapté selon les modalités définies par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

EN CAS D'ACCIDENT SANS GRAVITE,

Nous nous efforçons de prévenir la famille par les moyens les plus rapides, vous pouvez préciser en plus de vos coordonnées citées ci-dessus les coordonnées de personnes à contacter :

NOM, PRENOM : Préciser lien à l'enfant :
Téléphone :

NOM, PRENOM : Préciser le lien à l'enfant :
Téléphone :

Je(nous) soussigné (s) Responsable(s) de
l'enfant..... déclare(déclarons) exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je(nous) accepte(tons) que ces données fassent l'objet d'un traitement non informatisé.

Signature(s) et qualité(s) du
(des)responsables
Précédée de la mention « lu et approuvé »
A.....Le...../2025

Signature(s) et qualité(s) du
(des)responsables
Précédée de la mention « lu et approuvé »
A.....Le...../2026

Signature(s) et qualité(s) du
(des)responsables
Précédée de la mention « lu et approuvé »
A.....Le...../2027