Fiche Sanitaire 2025/2026

Nom-Prénom :

Date de naissance : Age :

Parents		
Situation familiale	Choisissez :	
	Responsable 1	Responsable 2
Nom/Prénom		
Adresse		
Téléphone Portable		
Téléphone Travail		

Médecin Traitant			
Nom/Prénom		Téléphone	
Adresse			

Vaccination Obligatoire			
DTP / Coqueluche / HIB	☐ OUI ☐ NON	Date du dernier rappel :	
Hépatite B	☐ OUI ☐ NON	Pneumocoque	☐ OUI ☐ NON
Méningocoque C	☐ OUI ☐ NON	ROR	☐ OUI ☐ NON
HPV	☐ OUI ☐ NON		

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Allergies	
Alimentaires	☐ OUI ☐ NON
Médicamenteuses	☐ OUI ☐ NON
Autres	☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez :	

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (PAI)

Problème de Santé

Le mineur présente t'il des problèmes de santé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc … ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

Repas

Lorsque votre enfant prendra ses repas au sein de notre structure ou sous notre responsabilité :

☐ Aucun régime particulier ☐ Végétarien

☐ Repas sans porc ☐ Autre, précisez :

☐ Repas sans viande (poisson ok)

Autorisations

Dans le cadre des activités au sein de l'ALSH, les animateurs peuvent être amenés à prendre des photos.

J'autorise l'équipe à utiliser des photos de mon enfant, seul ou en groupe, pour des affichages et des publications : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez : ☐ Papier ☐ Internet

☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et les sorties

☐ J'autorise mon enfant à prendre les transports en commun

Décharge

Pour que des personnes autres que vous puissent récupérer votre enfant, cette décharge est obligatoire (aucun mineur ne sera autorisé à venir chercher un enfant)

Nom/Prénom :	
Qualité :	Téléphone :
Nom/Prénom :	
Qualité :	Téléphone :

Attestation

Je soussigné(e) :

Responsable légal(e) de l'enfant :

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant

Date : Signature :