



FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE
ANNEE 2024/2025

Merci de remplir cette fiche sanitaire avec le plus grand intérêt, de joindre impérativement la photocopie des vaccinations de l'enfant.

L'ENFANT :

Nom: Prénom :

Date de naissance:

A-t-il une assurance scolaire ?.....si oui, laquelle ?.....

N° adhésion :

Nom du médecin traitant :

Lieu d'hospitalisation souhaité :

PARENTS/TUTEURS LEGAUX :

Nom :..... Prénom :

Adresse :

Tél. :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (entourer la réponse) ?

Rubéole	oui	non
Varicelle	oui	non
Angine	oui	non
Scarlatine	oui	non
Coqueluche	oui	non
Otite	oui	non
Rougeole	oui	non
Oreillons	oui	non
Bronchiolites ou		
Bronchites	oui	non



Votre enfant est-il allergique ? si oui, à quoi ?

Asthme oui non

Allergies :.....

Alimentaires oui non

Lesquelles :.....

Médicamenteuses : oui non

Lesquelles :.....

Autres : Veuillez préciser

.....

AUTRES :

Indiquer les autres difficultés de santé en précisant : maladies, crises convulsives, fragilité de l'enfant :

.....

.....

.....

Recommandations des parents :

.....

.....

.....

.....

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné (e)Père, mère, tuteur de l'enfant..... déclare, sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à faire participer mon enfant aux activités et si la situation l'exige, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »