



FICHE SANITAIRE année 2026/2027
ACCUEIL DE LOISIRS
Services périscolaires et extrascolaires


ECRIRE EN MAJUSCULES

NOM et PRENOM de l'enfant :	
Date de naissance :	Classe à la rentrée :
RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Commune :	Commune :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
N° professionnel :	N° professionnel :
Mail :	Mail :
Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant (NOM, prénom, téléphone et adresse) :	
1-	
2-	
3-	
4-	
RUBRIQUE SANTE	
L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une trousse au nom de l'enfant, accompagnés de la notice	
Aucun médicament (même homéopathique) ne pourra être donné sans ordonnance	
P.A.I. (protocole d'accueil individualisé) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
ALLERGIES : Si oui, précisez la conduite à tenir et joindre le protocole du médecin ou une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une trousse au nom de l'enfant, accompagnés de la notice.	

- Médicamenteuses :
- Alimentaires :
- De contact :
- Aux hyménoptères (guêpes ; abeilles ; frelons...) :
- Autres :

GROUPE SANGUIN (si connu) :

MALADIES CHRONIQUES :

DATE DU DERNIER VACCIN ANTITETANIQUE : / /
(Joindre obligatoirement la copie de la page des vaccins du carnet de santé de l'enfant)

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT

Téléphone : / / / /

Je soussigné(e),

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler aux responsables tous changements éventuels
- Autorise les responsables de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, y compris un transport en milieu hospitalier et m'engage à rembourser les frais médicaux éventuels

Fait à Cusy, le

Signature du (des) parent(s)

Ce document est confidentiel et soumis à la discrétion professionnelle des agents communaux