FICHE DE RENSEIGNEMENT SANITAIRE
ANNEE SCOLAIRE 2025 /2026
PERISCOLAIRE Retonfey

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant, merci de bien vouloir compléter cette fiche et nous la retourner.

INFORMATIONS ENFANTS - PARENTS

L'enfant Classe :

Nom : _____ Prénom : _____ Né le : _____

Le responsable de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone

	Domicile	Portable	Travail
Mère :			
Père :			

Nom et téléphone du médecin traitant

En cas d'hospitalisation, je souhaite que mon enfant soit dirigé vers :

Je sousigné (e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre , le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

VACCINS

☐ **Mon enfant est à jour dans ses vaccinations obligatoires**

Je joins impérativement la copie du carnet de vaccination ou une attestation du médecin

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

☐ **Mon enfant suit un traitement**
Je joins une ordonnance récente et les médicaments correspondants, dans des boîtes d'origine et apposées du nom de l'enfant.

☐ **Mon enfant a un PAI**

Je transmets au directeur une trousse avec le traitement, le PAI et l'ordonnance en cours de validité.

☐ **Mon enfant est allergique,** précisez les causes et la conduite à tenir

_____
_____
_____
_____
_____

☐ **Mon enfant a des contre-indications à pratiquer une activité physique**
Je fournis le certificat

Cochez la ou les cases correspondantes à la situation de votre enfant

REPAS	DU JOUR	VEGETARIEN	Entourez le repas souhaité

Fait à : **Le :** **Signature :**