

# ACCUEIL DE LOISIRS

## PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE DE PIONSAT

### FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE 2025/2026

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : FILLE  GARCON

GROUPE SANGUIN : POSITIF  NEGATIF

VACCINATIONS : RECOPIER OU FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTÉ : PAGES VACCINATIONS

VACCINS PRATIQUES	DATES

COCHER LES MALADIES QUE L'ENFANT A DEJA EUES :

RUBEOLE  VARICELLE  ANGINES  RHUMATISMES

OTITES  SCARLATINE  COQUELUCHE  ROUGEOLE

OREILLONS

● L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL : OUI  NON

SI OUI LEQUEL : .....

**AFIN QUE LE TRAITEMENT SOIT DONNÉ À L'ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE, VEUILLEZ FOURNIR L'ORDONNANCE MÉDICALE DATANT DE MOINS DE 3 MOIS.**

● MÉDECIN TRAITANT : ..... TÉL : .....

● RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : (ALLERGIES, PROTHÈSES DIVERSES, PHOBIES, ETC.)

.....  
.....

● PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : ..... QUALITÉ : ..... TÉL : .....

NOM : ..... QUALITÉ : ..... TÉL : .....

NOM : ..... QUALITÉ : ..... TÉL : .....

JE SOUSSIGNÉ, RESPONSABLE DE L'ENFANT ..... CERTIFIE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.

DATE : ..... / ..... / .....

SIGNATURE DES PARENTS (OU RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT) :



CETTE FICHE EST CONFIDENTIELLE, NE PAS DIFFUSER LES INFORMATIONS CONTENUES SOUS PEINE DE POURSUITES. SI VOUS LA TROUVEZ MERCI DE TÉLÉPHONER À CE NUMÉRO : 06.27.29.40.32 OU 04.73.52.72.72 OU DE LA RETOURNER À L'ADRESSE MENTIONNÉE EN EN-TÊTE.