

Fiche Sanitaire

Année d'adhésion 2026-2027

518 avenue Emmanuel Vitria 84860 Caderousse

07 83 60 80 47

contact@arcad-caderousse.com

<https://arcad-caderousse.foyersruraux.org/>

Enfant

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... À :

Sexe : F : ☐ M : ☐

Renseignements Administratifs

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire :

Nom Médecin Traitant :

Ville : Téléphone :

1- Vaccinations (Remplir à partir du carnet de santé)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers Rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type b (Hib)			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoques ACWY			
Méningocoque B			
Rougeole			
Oreillons			
Rubéole			

2- Renseignements Médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant.)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

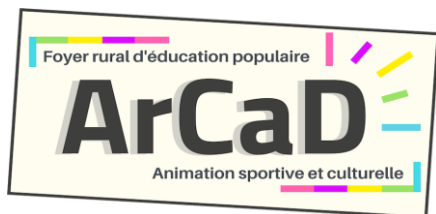
3- Autorisation de soin

- J'autorise le responsable de l'accueil à faire pratiquer tous les soins ou interventions médicales jugés nécessaires par les services de secours ou le médecin.

4- Allergies

Votre enfant possède-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une copie au dossier d'inscription



Fiche Sanitaire

Année d'adhésion 2026-2027

518 avenue Emmanuel Vitria 84860 Caderousse

07 83 60 80 47

contact@arcad-caderousse.com

<https://arcad-caderousse.foyersruraux.org/>

5- Régime alimentaire

Votre enfant suit-il un régime particulier ?

- ☐ Sans porc
- ☐ Sans viande
- ☐ Végétarien
- ☐ Allergies alimentaires
- ☐ Autre

Préciser la cause et la Conduite à tenir en cas d'allergie :

.....

.....

.....

6- Activités physiques

Votre enfant présente-t-il une contre-indication médicale à certaines activités ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui lesquelles ?

7- Autorisation de transport sanitaire

- ☐ J'autorise le transport de mon enfant par les services de secours si nécessaire.

8- Autorisation d'administration des médicaments prescrits

- ☐ J'autorise l'équipe d'animation à administrer les médicaments prescrits sur présentation de l'ordonnance.

Engagement et Responsabilité

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise-le, responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Signature :

Date :/...../.....

Signature du responsable légal :

Signature du jeune (à partir de 13 ans) :