

# Fiche sanitaire 2024/2025

ENFANT

Nom : .....

Date de naissance :

...../...../.....

Prénom : .....

RESPONSABLE LÉGAL

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

...../...../.....

Adresse postale

.....  
.....  
.....  
.....

Téléphone : .....

Mail : .....

RENSEIGNEMENTS  
MÉDICAUX

Incident médicaux

(maladie, accident, allergies, hospitalisations, crises compulsives...)

...../...../.....  
...../...../.....  
...../...../.....  
.....  
.....  
.....

Recommandations des parents

(Régime alimentaire, DYS, problèmes de conduite...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Traitements médicaux

Votre enfant prend-il un traitement médical ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....

Si l'enfant suit ce traitement pendant l'accueil, merci de nous le donner accompagné de sa boîte d'origine et de son ordonnance

PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher l'enfant

| NOM | Prénom | Date de naissance | Lien avec l'enfant |
|-----|--------|-------------------|--------------------|
|     |        |                   |                    |
|     |        |                   |                    |
|     |        |                   |                    |
|     |        |                   |                    |

\*Uniquement des personnes majeures

PERSONNES NON-AUTORISÉES à venir chercher l'enfant

| NOM | Prénom | Date de naissance | Lien avec l'enfant |
|-----|--------|-------------------|--------------------|
|     |        |                   |                    |
|     |        |                   |                    |
|     |        |                   |                    |
|     |        |                   |                    |

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

Signature :

Lieu : .....