

FICHE SANITAIRE 2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période de présence

Renseignements à remplir obligatoirement :

JEUNE	
NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
NOM et N° de tél du médecin traitant	
Niveau scolaire	
Lieu	

RESPONSABLE LEGALE	1	2
NOM		
Prénom		
Qualité		
N° de téléphone (Fixe et Portable)		
Adresse Mail		
Adresse		

VACCINATION OBLIGATOIRES				VACCINATIONS RECOMMANDEES			
Noms de Vaccins	OUI	NON	Dates exactes des derniers rappels	Noms de Vaccins	OUI	NON	Dates exactes des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				ROR			
Poliomyélite				Coqueluche			
				Haemophilus			
				BCG			
				Pneumocoque			
				Autres (préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
 Attention : le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune CONTRE-INDICATION.

MALADIES RENCONTREES	OUI	NON	ALLERGIES	OUI	NON
Rubéole			Asthme		
Varicelle			Médicamenteuses (Préciser) :		
Scarlatine					
Rhumatisme Articulaire Aigu					
Coqueluche			Alimentaires (Préciser) :		
Otite					
Rougeole					
Oreillons			Autres :		

Merci de joindre une photocopie des vaccins.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR SI AUTO-MEDICATIONS

Je soussigné(e),responsable légal du jeune, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorisent les animateurs à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires à l'état de santé de ce mineur.

SIGNATURE RESPONSABLE :