

**FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE**  
**Validité de septembre 2025 à août 2026**

**ATTENTION**  
**1 fiche par enfant**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)*

**ENFANT CONCERNÉ :**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	GENRE
		___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

**RESPONSABLES LEGAUX :**

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE 1	TÉLÉPHONE 2

**AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

NOM-PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE 1	TÉLÉPHONE 2

**MÉDECIN TRAITANT :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Numéro de téléphone : .....

**VACCINATION :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite à jour :  OUI

Date du dernier Rappel :

*(Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication)*

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIE SUIVANTES :**

- ANGINE     OREILLONS     SCARLARINE     VARICELLE  
 COQUELUCHE     ROUGEOLE     OTITE     RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

**L'ENFANT PORTE-T-IL :**

- LENTILLES     LUNETTES     PROTHESES AUDITIVES     APPAREIL DENTAIRE

Autre, précisez :

**TRAITEMENT MEDICAL :**

Votre enfant suit-il un traitement médical :  Oui  Non

Existence d'un PAI dans le milieu scolaire :  Oui  Non

*(Si oui merci de nous en transmettre une copie)*

**La prise de médicaments n'est pas autorisée sans ordonnance d'un médecin.**

**Une trousse médicale ainsi qu'une ordonnance précisant la posologie et la marche à suivre en cas d'urgence doivent être fournies.**

**Les médicaments doivent être apportés dans leur emballage d'origine, avec la notice d'utilisation et votre accord écrit lors de la première venue.**

**ALLERGIES :**  Non  Oui Précisez :

**ASTHME :**  Non  Oui Précisez :

**SITUATION DE HANDICAP :**  Non  Oui Précisez :

Notification MDPH :  Non  Oui

**BAIGNADE :**

Sait nager  Sait nager avec des brassards  Ne sait pas nager

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

**ASSURANCE :**

**Compagnie :**

**N° de contrat :**

*Pour les enfants, les parents doivent pouvoir justifier d'une assurance en responsabilité civile afin de couvrir les dommages dont l'enfant serait l'auteur ainsi qu'à une assurance individuelle accident garantissant les dommages corporels subis sans qu'aucune responsabilité n'ait pu être dérogée.*

Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant : .....

, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Centre de Loisirs Sportifs (CLS) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage à informer la direction du centre de loisirs sportifs de l'IMSAT de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Date et signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux) :