



Accueil de Loisirs Sans Hébergement – “Les P’tits Torlats”

2, Rue du Château d’Eau & 2, Place Robert Schuman - 57640 VIGY



FICHE SANITAIRE

Année Scolaire : 2026– 2027

Cadre réglementaire

Pour accueillir un enfant à l’ACCEM¹, ses informations médicales doivent être transmises à l’attention du responsable de l’accueil.

Source : CDASF² R227-7 & Arrêté du 20 février 2003

Type de repas : Du jour Sans Porc Sans Viande Végétarien (sans viande & sans poisson)

1. Identité de l’enfant

Classe :

- PS CP
 MS CE1
 GS CE2
 CM1
 CM2

Nom & Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Adresse postale :

2. Le(s) responsable(s) de l’enfant

	Responsable Légal 1 (RL 1)	Responsable Légal 2 (RL 2)
Nom :		
Prénom :		
Téléphone Domicile :		
Téléphone Portable :		
Téléphone Travail :		
Adresse Postale :		

En cas d’urgence privilégier le contact suivant (Confère : Portail Famille – BELAMI) :

RL 1 :

RL 2 :

3. Vaccinations de l’enfant (confère : calendrier simplifié des vaccinations – 2025)

- Mon enfant est à jour dans ses vaccinations obligatoires : *je joins obligatoirement la copie de son carnet de vaccination.*
- Mon enfant n’est pas à jour dans ses vaccinations obligatoires : *je joins obligatoirement un certificat médical de contre-indication*

¹ ACCEM : Accueil Collectif à Caractère Éducatif de Mineurs ;

² CDASF : Code De l’Action Sociale & des Familles.



4. Renseignements médicaux de l'enfant

4.1 Médecin traitant :

Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Adresse Postale :	

4.2 Numéro de Sécurité Sociale, dont dépend l'enfant :

4.3 En cas d'hospitalisation, je souhaiterais que mon enfant, soit dirigé vers l'hôpital de :

4.4 Traitement médical :

- Oui : *copie récente de l'ordonnance obligatoire + boîte d'origine de(s) médicament(s) + nom, prénom de l'enfant sur la boîte*
- Non

4.5 Allergies(s) / Intolérance(s) :

<input type="checkbox"/> Alimentaire(s) :	
<input type="checkbox"/> Médicamenteuse(s) :	
<input type="checkbox"/> Autre(s) : animaux, plantes, pollen, ...	

4.6 Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

Votre enfant présente-t-il un souci de santé, qui nécessite la communication d'information(s) médicale(s), des précautions à prendre et/ou des soins éventuels à apporter :

- Oui : *trousse de secours à joindre obligatoirement avec traitement + PAI + Ordonnance en cours de validité*
- Non

4.7 Maladies contagieuses déjà contractées :

- Rubéole | Oreillons | Varicelle | Otite | Angine | Rougeole | Coqueluche | Scarlatine

4.8 Contre-Indication(s) – Activité(s) Physique(s) :

Mon enfant a une(des) contre-indication(s) pour la pratique de certaine(s) activité(s) physique(s) & sportive(s) :

- Oui : *certificat médical obligatoire*
- Non

5. Recommandations(s) utile(s) des responsables légaux

Votre enfant porte :

- Lunettes | Lentilles | Appareil dentaire | Appareil auditif | Autre (précisez) : _____

Je soussigné(e)....., certifie l'exactitude des informations renseignées sur cette fiche sanitaire et m'engage à les mettre à jour si nécessaire au cours de l'année scolaire en question. J'autorise le Responsable du Service Périscolaire à prendre toutes mesures adaptées (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) qui pourraient être requises par l'état de santé de mon enfant.

Fait à :	Le :	Signature :
----------	------	-------------