



FICHE SANITAIRE 2026/2027

1. ENFANT

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Garçon ☐

Fille ☐

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre **obligatoirement** l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		OREILLONS	
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐

** Cochez les cases correspondantes.*

Autre(s) maladie(s):

L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES SUIVANTES ?

Asthme : OUI ☐ NON ☐

Alimentaires : OUI ☐ NON ☐

Médicamenteuses : OUI ☐ NON ☐

Autres:

Précisez-la ou les cause(s) de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....

Votre enfant a-t-il un P.A.I : OUI ☐

NON ☐