

# FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

Septembre 2026 à Août 2027

Nom de l'enfant \* :

Prénom de l'enfant \* :

Date et lieu de naissance \* :

Adresse \* :

PERSONNE(S) A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE AUTRES QUE LES PARENTS :

Civilité*	Nom et Prénom*	Lien avec l'enfant*	Téléphone*

PERSONNE(S) MAJEURES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT AUZ HEURES DE SORTIE :

Civilité*	Nom et Prénom*	Lien avec l'enfant*	Téléphone*

\* Mentions obligatoires

MDP  
maisondespetits@mairievlm.fr  
07 72 11 47 73

## RENSEIGNEMENTS SANTÉ :

En application du décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires :  **oui**  **non**

**Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant ou bien un certificat de votre médecin attestant que votre enfant est à jour (à joindre par courriel)**

Poids :

Taille :

Suit-il un traitement médical?

**oui**  **non**

Si oui, joindre l'ordonnance récente 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 administré sans ordonnance.

Allergies :

ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>
AUTRES	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>
(Préciser)	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (**à joindre par courriel**).

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui, préciser :  **oui**  **non**

### Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP:

**oui**  **non**

Bénéficie-t-il de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)

**oui**  **non**

Si oui, fournir l'attestation (**à joindre par courriel**).

MDP

maisondespetits@mairievlm.fr

07 72 11 47 73

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) :**

**oui**       **non**

Si oui, vous devez prendre contact avec le service de la MDP afin de rédiger un PAI.  
Dans le cadre d'une allergie alimentaire, un PAI devra être obligatoirement transmis pour la prise en charge de votre enfant le temps des repas.

Le PAI et l'ordonnance doivent être remis avant le début du contrat 2025. Le traitement devra être apporté, dès le premier jour de fréquentation aux services de la MDP.

**DROIT A L'IMAGE :**

Sauf refus écrit de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de la Commune.

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare :**

- Certifier l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et à les réactualiser si nécessaire,
- Avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions (règlements et tarifs en vigueur),
- Autoriser mon enfant à participer à toutes les activités de la MDP,
- Autoriser le personnel municipal à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon enfant,
- M'engager à payer la part des frais médicaux, de transport ainsi que les frais d'hospitalisation éventuels.

**DATE :**

**Lieu :**

**SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :**