



A.G.L.A.E.  
17 Bis rue Pasteur 14730 GIBERVILLE

☎ 02.31.72.47.97

✉ [contact@aglae.org](mailto:contact@aglae.org)

 [aglae.org](http://aglae.org)

Fiche sanitaire  
2024-2025

### ENFANT

NOM: _____	Repas spéciaux		
Prénom: _____	<input type="checkbox"/> P.A.I.	<input type="checkbox"/> Végétarien	<input type="checkbox"/> Sans viande
Né(e) le: _____	<input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Autres	
Sexe: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			

### VACCINATION DE L'ENFANT

- Fournir la photocopie du carnet de santé de l'enfant
- Fournir un certificat médical indiquant que votre enfant est apte à la collectivité ainsi qu'une vaccination à jour

### RENSEIGNEMENT MEDICAUX

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

\*Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (Dans un petit sac mettre les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant)

### L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

- Rubeole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine
- Coqueluche  Otite  Rougeole  oreillons

Allergies : Asthme   
Medicamenteuses   
Alimentaires   
Autres   
PAI

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (LUNETTES, LENTILLES, PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRES ...)

Baignade: sait nager  se débrouille  ne sais pas nager

### MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom / Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom / Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Je (nous) soussigné(s) \_\_\_\_\_ responsable(s) légal(aux) de l'enfant  
les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures  
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_