



A.G.L.A.E.

17 Bis rue Pasteur 14730 GIBERVILLE

☎ 02.31.72.47.97

✉ contact@aglae.org

 aglae.org

**Fiche sanitaire
2025-2026**

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 :

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubeole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> oreillons | |

Allergies :	Asthme	<input type="checkbox"/>	Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
	Medicamenteuses	<input type="checkbox"/>	
	Alimentaires	<input type="checkbox"/>	
	Autres	<input type="checkbox"/>	
	PAI	<input type="checkbox"/>	

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: _____