



FICHE SANITAIRE Année 2026/2027

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de votre enfant

DOCUMENT OBLIGATOIRE



1. PHOTO OBLIGATOIRE à coller dessous

2. LES INFORMATIONS DE L'ENFANT

Nom :
Prénom :
☐ Garçon ☐ Fille
Date de naissance : / /
École fréquentée à la rentrée 2026 : Classe :
Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? ☐ Oui, à partir de h ☐ Non

3. LES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT

DROIT À L'IMAGE À L'ARPEJ-Rezé

L'ARPEJ-Rezé est autorisée, à titre gratuit et sans limitation de durée, à reproduire, diffuser, publier et représenter les images fixes ou animées, ainsi que les enregistrements sonores réalisés dans le cadre des activités de mon enfant, sur les supports suivants :

- Brochures, tracts, journaux, affichés édités, site internet, réseaux sociaux (Facebook, Instagram...) ☐ Oui ☐ Non

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT ? ☐ Oui ☐ Non

REPAS VÉGÉTARIEN
(sans poisson)
☐ Oui ☐ Non

REPAS SANS
PORC ?
☐ Oui ☐ Non

PORTEUR D'APPAREIL SPÉCIFIQUE ? ☐ Oui ☐ Non

APPAREIL
DENTAIRE
☐ Oui ☐ Non

APPAREIL
AUDITIF
☐ Oui ☐ Non

APPAREIL AUDITIF
AÉRATEUR
☐ Oui ☐ Non

L'ENFANT MOUILLE-IL
SON LIT ? ☐ Oui ☐ Non

L'ENFANT PORTE-IL DES
LUNETTES ☐ Oui ☐ Non

LA JEUNE FILLE EST-ELLE-
RÉGLÉE ? ☐ Oui ☐ Non

LENTILLES DE CONTACT
☐ Oui ☐ Non

AUTRES RECOMMANDATIONS :

4. L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT

L'ENFANT EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ AEEH : ☐ Oui ☐ Non

DATE DE FIN DE DROIT / /

EST-IL ACCOMPAGNÉ POUR SON HANDICAP ? ☐ Oui* ☐ Non

*SI OUI, PRÉCISEZ LA NATURE DE SON ACCOMPAGNEMENT :

(une référente de l'ARPEJ-Rezé prendra contact avec vous)

L'ENFANT A-T-IL UNE AVS À L'ÉCOLE : ☐ Oui ☐ Non

DEMANDE DE PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ☐ Oui ☐ Non

PAI VALIDÉ POUR L'ANNÉE SCOLAIRE : ☐ Oui ☐ Non

5. LE RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom :	
Prénom :	
Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-Père ☐ Belle-mère Autres (précisez) :	
Situation familiale : ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Concubin ☐ Célibataire	
Adresse :	
Code postal : Ville :	
Téléphone portable : / / / /	Téléphone professionnel : / / / /
Email :	
Profession :	
Employeur :	
Organisme tiers N°CAF :	
N°MSA :	

6. LE RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom :	
Prénom :	
Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-Père ☐ Belle-mère Autres (précisez) :	
Situation familiale : ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Concubin ☐ Célibataire	
Adresse :	
Code postal : Ville :	
Téléphone portable : / / / /	Téléphone professionnel : / / / /
Email :	
Profession :	
Employeur :	
Organisme tiers N°CAF :	
N°MSA :	

7. EN CAS D'URGENCE : LES PERSONNES À CONTACTER ET AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom :	
Prénom :	
Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-Père ☐ Belle-mère Autres (précisez) :	
Téléphone portable : / / / /	

Nom :	
Prénom :	
Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-Père ☐ Belle-mère Autres (précisez) :	
Téléphone portable : / / / /	

8. LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT (facultatif) :	
NUMÉRO DU MÉDECIN TRAITANT : / / / /	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE : / / / / / / /
L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL : ☐ Oui* ☐ Non <i>*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)</i>	
CSS (Complémentaire santé solidaire) ? ☐ Oui** ☐ Non **Si oui, fournir une copie	

9. LES MALADIES

RUBÉOLE	☐ Oui ☐ Non	OTITE	☐ Oui ☐ Non
VARICELLE	☐ Oui ☐ Non	ROUGEOLE	☐ Oui ☐ Non
ANGINE	☐ Oui ☐ Non	OREILLONS	☐ Oui ☐ Non
SCARLATINE	☐ Oui ☐ Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	☐ Oui ☐ Non
COQUELUCHE	☐ Oui ☐ Non		

10. LES ALLERGIES

MÉDICAMENTEUSES	☐ Oui ☐ Non	ÉPILEPSIE	☐ Oui ☐ Non
ASTHME	☐ Oui ☐ Non	ALIMENTAIRE	☐ Oui ☐ Non
ENFANTIL	☐ Oui ☐ Non	AUTRES :	☐ Oui ☐ Non
EN COURS	☐ Oui ☐ Non		
			

PRÉCISEZ ET INDIQUEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler),
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) :

11. LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

POLIOMYÉLITE	☐ Oui ☐ Non	 / /	DIPHTÉRIE	☐ Oui ☐ Non	 / /
OU DT POLIO	☐ Oui ☐ Non	 / /	TÉTANOS	☐ Oui ☐ Non	 / /
OU TÉTRACOQ	☐ Oui ☐ Non	 / /			

12. LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2018

HÉPATITE B	☐ Oui ☐ Non	 / /	RUBÉOLE	☐ Oui ☐ Non	 / /
MÉNINGITES (influenza B)	☐ Oui ☐ Non	 / /	PNEUMOCOQUE	☐ Oui ☐ Non	 / /
MÉNINGOCOQUES	☐ Oui ☐ Non	 / /	COQUELUCHE	☐ Oui ☐ Non	 / /
ROUGEOLE	☐ Oui ☐ Non	 / /	OREILLONS	☐ Oui ☐ Non	 / /

13. LES AUTRES VACCINS

.....	☐ Oui ☐ Non	 / /		☐ Oui ☐ Non	 / /
-------	---	-----------------------	-------	---	-----------------------

14. L'AUTORISATION PARENTALE

JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION DU VACCIN DANS LE CAS OÙ L'ENFANT N'A PAS ÉTÉ IMMUNISÉ PAR LES VACCINS OBLIGATOIRES. NOTA : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

Je soussigné(e), agissant en qualité de de exerçant l'autorité parentale.

15. COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS POUR VALIDATION

☐	certifie avoir pris connaissance et accepter sans réserve les conditions générales de service de l'ARPEJ-Rezé
☐	déclare être informé(e) du fait que les informations recueillies sont nécessaires à la prise en charge de mon enfant au sein des activités de l'ARPEJ-Rezé et qu'en application de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès de rectification et de suppression des informations transmises
☐	certifie que tous les renseignements communiqués dans cette fiche ainsi que sur BL enfance sont exacts. Je m'engage à signaler toute modification survenant en cours de l'année. En outre, je suis informé que toute fausse déclaration est susceptible d'être puni d'une peine d'emprisonnement et d'une peine d'amende conformément aux dispositions des articles L4411-1 et suivants du code pénal. Je suis informé de mon droit d'accès, de rectification et de suppression des informations transmises.
☐	autorise l'ARPEJ-Rezé à m'adresser un courrier postal et/ou électronique des informations sur les activités de l'ARPEJ-Rezé et déclare être informé du fait que ces données feront l'objet d'un traitement informatique
☐	déclare que mon enfant peut suivre toutes les activités proposées, qu'elles soient organisées par l'ARPEJ-Rezé ou confiées à d'autres prestataires, y compris les activités sportives.
☐	autorise le responsable de l'activité à prendre dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, anesthésies, sorties de l'hôpital) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant

FAIT À :
DATE : / /

UNE SIGNATURE (procédée de vos noms et prénoms) :