

Fiche sanitaire

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

De liaison

Date de naissance \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

Scolarisé à l'école : ..... Sur la commune de : .....

**.RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... conjoint.e .....

PRENOM ..... conjoint.e .....

ADRESSE .....

Domicile .....

Travail papa ..... Maman .....

Portable papa ..... Maman .....

Mail .....

Situation familiale : marié.e  divorcé.e  veuf.ve  célibataire  concubin.e

Monoparental.e  pacsé.e  Nombre d'enfants à charge : .....

**AFFILIATION** CAF n° allocataire : ..... MSA tranche : ..... **FOURNIR LA PHOTOCOPIE SIGNEE**

Avez-vous pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs : Oui  Non

En cas de garde alternée, ou si l'enfant est sous la responsabilité d'une personne autre (grands-parents, tante, ...) pendant le séjour, veuillez préciser le nom de la personne responsable :

.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

**I. RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT**

**❖ TRAITEMENT**

L'enfant suit-il un traitement : Oui  Non

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

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

**❖ ALLERGIE**

ASTHME : OUI  NON

ALIMENTAIRES : OUI  NON

MEDICAMENTEUSES : OUI  NON

AUTRES : .....

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

**❖ PHOTOCOPIE**

**JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE OBLIGATOIREMENT**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication, Attention le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

**JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE OBIGATOIREMENT**

**JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE.**

**❖ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES INDIQUEZ CI-APRES :**

- LES DIFFICULTES DE SANTE : maladie, accident, opération, hospitalisation, lunettes, diabolos, etc.

.....

.....

- LES DIFFICULTES RELATIONNELLES : timidité, handicap, hyperactivité, énervement facile, etc.

.....

.....

**Trucs et Astuces** pour aider votre enfant à être bien en accueil de loisirs :

.....

.....

Eléments déclencheur du « mal-être »	Manifestations	Propositions de réponses

- NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

.....

**II. AUTORISATIONS**

En cas d'accident, l'accueil s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, l'accueil pourra être amené à conduire l'enfant au service des urgences.

**Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale** jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.

**J'autorise mon enfant à participer aux sorties** mises en place par l'équipe d'animation, le transport en car ou mini bus. La directrice, les animateurs ou les responsables à transporter mon (mes) enfant(s) pendant le temps d'accueil de loisirs. Les sorties et les baignades qui seront organisées.

**J'autorise mon enfant à rentrer seul**                       Oui                       Non

**Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :**

NOM : ..... Prénom : ..... Tél : .....  
NOM : ..... Prénom : ..... Tél : .....  
NOM : ..... Prénom : ..... Tél : .....  
NOM : ..... Prénom : ..... Tél : .....  
NOM : ..... Prénom : ..... Tél : .....

**J'autorise les gestionnaires à photographier et à filmer** mon enfant dans le cadre d'animations ou de la réalisation de supports de communication édités par le bénéficiaire. J'accepte l'utilisation, l'exploitation et la reproduction de son image, sur quelque support que ce soit, à destination du bénéficiaire et de ses partenaires. La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils viseront à valoriser le service dans le respect de la préservation de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

**Je souhaite que l'image de mon enfant ne soit utilisée sur aucuns supports**

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à communiquer sans délai tout changement concernant cet imprimé. Je m'engage également à respecter le règlement intérieur des différentes structures fréquentées.

Fait le .... / ..... / .....

A .....  
Signature du représentant légal :