



FICHE SANITAIRE

Septembre 2019 à Septembre 2020

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant. Vous devez remettre cette fiche au Centre d'animation Socioculturel. Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Tout changement de situation (numéro de téléphone, adresse...) doit nous être communiqué rapidement.

<p>Nom, prénom de l'enfant :</p> <p>Date de naissance : / / Sexe : F / G</p>
<p><u>Représentant légal 1:</u> Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)</p> <p>Nom, prénom</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Profession :.....</p> <p>Mail :</p> <p>☎ : Domicile.....Travail.....Téléphone portable.....</p>
<p><u>Représentant légal 2:</u> Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)</p> <p>Nom, prénom</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Profession :.....</p> <p>Mail :</p> <p>☎ : Domicile.....Travail.....Téléphone portable.....</p>
<p><u>Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence</u></p> <p>Nom, prénom</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>☎ : Domicile.....Travail.....Téléphone portable.....</p>
<p><u>Personnes autorisées à venir chercher l'enfant dans la structure :</u></p> <p>Nom, prénom</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>☎ : Domicile.....Travail.....Téléphone portable.....</p>
<p><u>Assurance responsabilité civile :</u> joindre attestation ou justificatif</p> <p>Compagnie :.....</p> <p>Numéro d'adhérent :</p>

N° Allocataire :

ou autre Régime :

Renseignements sanitaires

Vaccinations : OBLIGATOIRE

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

Maladies ou allergies sévères connues : (exemples : diabète, asthme, allergies alimentaires...)

Alimentation spécifique :

Traitement médicamenteux :

Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable.**

Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance ainsi que le nom et prénom de l'enfant doit être noté sur les boîtes de médicaments) et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

Autorisations

Je soussigné(e) (nom, prénom).....responsable

légal de l'enfant (nom, prénom).....

autorise mon fils/ma fille :

- à participer à l'ensemble des activités pour les mineurs, organisées par l'accueil de loisirs 3-17 ans y compris les sorties.
- à utiliser les transports collectifs dans le cadre des accueils de loisirs.
- autorise les animateurs des accueils de loisirs à prendre des photos de mon enfant et à les publier dans la presse et sur la page Facebook du Centre.

POUR LES ADOS :

- autorise mon enfant à rentrer seul après les activités et/ou veillées (fournir une autorisation parentale si l'enfant est récupéré par un mineur)

Je déclare avoir pris connaissance du projet pédagogique (disponibles à l'accueil).

Fait à, le/...../.....

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2