**Fiche sanitaire Accueil de Loisirs – Saint-Lézin**

**Nom et prénom de l’enfant :**

**Date de naissance :**

* Nom et prénom du responsable légal

Date de naissance

Adresse, cp et commune

🕿 Domicile 🕿 Portable

🕿 Travail 🖳 Mail

Profession

* Nom et prénom du conjoint

Date de naissance

Adresse, cp et commune

🕿 Domicile 🕿 Portable

🕿 Travail 🖳 Mail

Profession

* N° allocataire CAF QF

N° allocataire MSA □ Exploitant □ Salarié

□ Autres régimes

**Autorisations parentales**

Je, soussigné responsable de (nom, prénom) :

donne l’autorisation au responsable de l’Accueil de Loisirs :

⇨ de transporter ou faire transporter mon enfant, pour d’éventuelles sorties, par d’autres parents,

les animateurs, en car

⇨ de prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale…)

rendues nécessaires par l’état de santé des enfants.

□ autorise □ n’autorise pas mon enfant ………………..à rentrer seul (e) le soir après l’activité

□ autorise □ n’autorise pas mon enfant ………………..à se baigner

□ autorise □ n’autorise pas mon enfant ………………. à être photographié

□ autorise □ n’autorise pas Un Pas De Côté à utiliser les photos pour les supports de communication

A……………………………. le…………………………

Signature :

NOM de l’enfant PRÉNOM □ Garçon □ Fille

**1 – VACCINATIONS (merci de remplir la partie ci-dessous au lieu de fournir des photocopies)**

| **DESCRIPTIF** | **Nom du vaccin** | **Date dernier  rappel** | **DESCRIPTIF** | **Nom du vaccin** | **Date dernier rappel** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diphtérie+Tétanos+Coqueluche +Polio | ◻ Infanrix  ◻ Boostrix  ◻ Repevax  ◻ Tetravac |  | ◻ Tuberculose | ◻ BCB  ◻ Monovax |  |
| Ou Diphtérie+Tétanos+Polio | ◻ DT Polio  ◻ Revaxis |  | ◻ Hépatite B | ◻ Engérix  ◻ Genhevac  ◻ HBVax |  |
| Ou Tétanos seul | ◻ Tetavax |  | ◻ Rougeole- Oreillons-rubéole | ◻ ROR  ◻ Priorix |  |

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L’enfant suit-il un traitement médical  ? □ oui □ non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice).*

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole □ oui □ non Otite □ oui □ non

Rougeole □ oui □ non Coqueluche □ oui □ non

Varicelle □ oui □ non Oreillons □ oui □ non

Angine □ oui □ non Rhumatisme articulaire aigu □ oui □ non

Scarlatine □ oui □ non

L’enfant a-t-il des allergies ? Asthme □oui □non Alimentaires □oui □non Médicamenteuses □oui □non

Autres

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**3 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… (précisez) ?

**4 – RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Nom, prénom

Adresse et téléphone (pendant le séjour)

Nom et tél. du médecin traitant (souhaité)

Je, soussigné responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Date :…………….. Signature :