

## 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
Diphthérie+Tétanos+Coqueluche +Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> Tetravac		<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCB <input type="checkbox"/> Monovax	
Ou Diphthérie+Tétanos+Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio <input type="checkbox"/> Revaxis		<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engérix <input type="checkbox"/> Genhevac <input type="checkbox"/> HBVax	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax		<input type="checkbox"/> Rougeole- Oreillons-rubéole	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> 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 :