

5— AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à rentrer seul :

- après les activités auxquelles il participe : oui non

- de l'arrêt de car : oui non

J'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes :

(Ces personnes devront se munir de leur pièce d'identité)

M. ou Mme

M. ou Mme

M. ou Mme

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes :

M. ou Mme

M. ou Mme

M. ou Mme

6— RESPONSABLE DU MINEUR

Nom Prénom

Adresse pendant le séjour.....

Adresse pendant la garde

code postal Ville

téléphone domiciletéléphone portable

téléphone travail.....

Nom du médecin traitant..... son téléphone

n° sécurité sociale (dont dépend l'enfant)

autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésies et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé et selon les prescriptions du corps médical consulté.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements inscrits sur cette fiche et m'engage à signaler par écrit au Centre Social toute modification.

Je m'engage à fournir au Centre Social une lettre de décharge ou d'autorisation temporaire dans le cas où l'une de ces affirmations devrait être contournée.

Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement Intérieur au niveau de la tarification et de la situation financière au jour de l'inscription.

Date :

Signature du Responsable de l'enfant

Signature de l'enfant



Fiche Sanitaire 2024-2025

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

REPRESENTANT LEGAL 1

Père, Mère ou responsable de l'enfant (*rayez les mentions inutiles*)

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : Domicile : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__ Travail : __/__/__/__/__

N° allocataire : Adresse Mail :

REPRESENTANT LEGAL 2

Père, Mère ou responsable de l'enfant (*rayez les mentions inutiles*)

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : Domicile : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__ Travail : __/__/__/__/__

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE :

Compagnie : N° adhérent :

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			R-O-R	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCG				

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ?

non oui *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.

ALLERGIES :

ASTHME	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ALLERGIES ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez)
ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez)	AUTRES	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez)

PRÉCISEZ BIEN LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

Existe-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) pour l'enfant oui non

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

Votre enfant bénéficie t-il d'une AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

oui non (si oui, **joindre une photocopie**)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL

DES LENTILLES : OUI NON

DES LUNETTES : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

Merci de prévoir un étui spécifique au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : malade en transport, énurésique, ...) :

.....
.....
.....
.....

4- AUTORISATIONS (entourez votre réponse)

Je soussigné(e) :

autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules du Centre Social ou d'un prestataire extérieur professionnel (ramassage cantonal, sorties, ...)	Oui	Non
autorise le Centre Social à prendre des photos de mon enfant et à les diffuser (Journal du Centre, Exposition, ...)	Oui Oui	Non Non
autorise le Centre Social à prendre des vidéos de mon enfant et à les diffuser y compris sur internet (blog interne, ...)	Oui Oui	Non Non
certifie que mon enfant ne présente aucune contre indication aux activités et l'autorise à y participer Si non : préciser lesquelles :	Oui	Non
autorise mon enfant à participer à des activités de baignade (Si non : rayez la mention inutile ou lieu à préciser : Piscine, étang,).	Oui	Non
autorise le Centre Social à prodiguer les soins nécessaires si la situation l'exige (dans les conditions citées sur la page précédente) ou à contacter les secours.	Oui	Non