



ALSH SERQUES/FICHE SANITAIRE 2020

1-**ENFANT** :NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE :.....LIEU DE NAISSANCE :.....

GARCON FILLE AGE :.....ans REGIME ALIMENTAIRE NON

Si OUI lequel :.....

2-**RESPONSABLE LEGAL(1)** : Père Mère Tuteur Légal/Famille d'accueil

Situation Familial : Marié(e) Séparé(e) Pacsé(e) Célibataire Concubinage

Nom.....Prénom.....

Adresse.....Ville/commune.....

Domicile...../...../...../...../...../ Portable...../...../...../...../...../ Bureau...../...../...../...../...../

Profession :..... Adresse Mail :.....

RESPONSABLE LEGAL(2) : Père Mère Tuteur Légal/Famille d'accueil

Situation Familial : Marié(e) Séparé(e) Pacsé(e) Célibataire Concubinage

Nom.....Prénom.....

Adresse.....Ville/Commune.....

Domicile...../...../...../...../...../ Portable...../...../...../...../...../ Bureau...../...../...../...../...../

Profession :..... Adresse Mail :.....

3-**REGIME SOCIAL** : Régime général Régime Agricole(MSA) Autres régime

N°Sécurité Social de la personne qui couvre l'enfant (**OBLIGATOIRE**)

(Joindre attestation de Sécurité Sociale)

Quotient Familial/N° Allocataire :.....

Compagnie et n° de police assurance (joindre une attestation d'assurance) :.....

4-**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LES ENFANTS** :

La seule personne autorisée à récupérer l'enfant est son représentant légal. Celle-ci peut désigner une ou plusieurs personnes à venir chercher l'enfant en cas d'absence. Elle doit être nommée dans la liste ci-dessous. Liste des personnes autorisées :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

VACCINS : Fournir la copie des pages de vaccinations du carnet de santé.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec nom de l'enfant et la notice.)

MALADIES : Cocher les maladies que votre enfant a déjà eu :

- RUBEOLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
- COQUELUCHE OTITE SCARLATINE
- VARICELLE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON **MEDICAMENTEUSES** OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON **AUTRES**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de Santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération et rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre.

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

.....
.....

AUTRES : L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI?(Projet d'Accueil Individualisé) oui non (si oui fournir une copie obligatoire)

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à signaler par écrit toute modification importante (vaccin, changement d'adresse, de numéro de téléphone,...) auprès du responsable du centre de loisirs.
- Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur.
- J'autorise l'enfant à participer aux activités de l'accueil de loisirs, y compris baignade, camping, pique-nique, sorties, cyclotourisme, marche à pied...sur la commune ou à l'extérieur.
- J'autorise le Directeur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale tout en prévenant immédiatement les parents.
- J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant et de les utiliser dans la presse locale, l'ensemble des supports de la société Splash Aventures ©, internet (site internet, Site communal, facebook du centre de loisirs, supports vidéos, papiers, journaux...) journal du centre.
- Certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu'il n'est pas atteint d'affection cutanée transmissible, qu'il n'est pas porteur de parasites : s'engage à garder mon enfant chez moi, si l'un des facteurs se manifestait au cours du séjour.

Signature des parents ou du représentant du légal :