



FICHE SANITAIRE
Accueil de Loisirs d'Artagnan
Année scolaire 2016-2017

***ENFANT :**

NOM : Sexe : Fille Garçon
Prénom : **Date de naissance :**/...../..... **AGE :**
Classe :

***N° allocataire CAF / MSA :** **(obligatoire pour la déclaration)**
 Changement de situation par rapport année 2014/2015 Oui Non

Médecin traitant : NOM : VILLE :
 Téléphone :
 Personnes à prévenir en cas d'urgence : NOM : Tél :
 Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

***MAIL :**@.....

***RESPONSABLE :**
 Père Mère Autre. Préciser :

***PERE :**
 NOM : Date de naissance :
 Prénom : Profession :
 Adresse :
 CP : VILLE :
 Tél domicile : Tél professionnel :
 Portable : Employeur :

***MERE :**
 NOM : Date de naissance ;
 Prénom : Profession :
 Adresse :
 CP : VILLE :
 Tél domicile : Tél professionnel :
 Portable : Employeur :

***AUTRE :**
 NOM : Date de naissance :
 Prénom : Profession :
 Adresse :
 CP : VILLE :
 Tél domicile : Tél professionnel :
 Portable : Employeur :

***AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE :**

Je soussigné(e), responsable de l'enfant désigné ci-dessus, déclare :
 avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre de loisirs (*horaires, adhésion, responsabilités...*),
 décharger les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement,
 autoriser ne pas autoriser mon enfant à sortir **seul** du centre à partir de heures,
 autoriser mon enfant à participer à toutes les activités dans le cadre du centre (*sauf indication particulière à signaler*),
 autoriser le directeur ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (*hospitalisation, opération ...*)
 autoriser le directeur ou l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant. ➔

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
B.C.G					

*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*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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 et ne saurait être administré par un personnel du centre de loisirs.*
 Régime alimentaire particulier ?.....

GRUPE SANGUIN :

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

RUBEOLE oui non	VARICELLE oui non	ANGINE oui non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui non	SCARLATINE oui non
COQUELUCHE oui non	OTITE oui non	ROUGEOLE oui non	OREILLONS oui non	

***ALLERGIES :**

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non
 Alimentaires : oui non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si automédication le signaler*) :

.....
 Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation),
 en précisant les dates et les précautions à prendre :

***RECOMMANDATIONS UTILES :**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser :

Contre-indication pour la pratique d'activités sportives ? oui non

***Merci de joindre à cette fiche les documents suivants :**

- la photocopie des vaccins du carnet de santé
- l'assurance extrascolaire de votre enfant.

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements ci-dessus
 Fait Le/...../.....

***Signature** (précédée de la mention « **lu et approuvé** »)



Fiche sanitaire 2016/2017

Accueil de loisirs les mousquetaires

NOM :.....

Prénom :.....

Age :.....

Classe :.....

ARTAGNAN
Année scolaire
2016/2017

