

Dossier valable jusqu'au 31 août 2024

1 dossier par enfant

**Une fiche sanitaire correctement remplie est la garantie d'une bonne prise en charge sanitaire de votre enfant.**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ Pointure: \_\_\_\_\_

Nom de médecin traitant: \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS IMPORTANT CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

Régime alimentaire: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Handicap:  Oui  Non Si oui, préciser: \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

A-t-il des problèmes d'asthme:  Oui  Non Si oui, préciser: \_\_\_\_\_

A-t-il des problèmes de scoliose:  Oui  Non Si oui, préciser: \_\_\_\_\_

A-t-il des problèmes d'incontinence:  Oui  Non Si oui, préciser: \_\_\_\_\_

**Maladies déjà contractées:**

Vaccins réalisés (avec date de vaccination ou de rappel): **Joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant**

Existe-t-il des contre-indications pour des activités:  Oui  Non Si oui, préciser: \_\_\_\_\_

Votre enfant est-elle réglée:  Oui  Non

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <b>Rubéole</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Varicelle</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Angine</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    | <b>Scarlatine</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Coqueluche</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Otite</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | <b>Rougeole</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  | <b>Oreillons</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |  |

| VACCINS OBLIGATOIRE | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|---------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie          |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos             |     |     |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite        |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| OU DT polio         |     |     |                            | BCG                        |       |
| OU Tétracoq         |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

## AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

Votre enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  Oui  Non

**Si oui, merci de le communiquer au directeur de l'accueil de loisirs.**

**Adresse de la caisse de sécurité sociale dont dépend le responsable de l'enfant:**

\_\_\_\_\_

N° d'assuré social ou MSA: \_\_\_\_\_ *(Joindre l'attestation de carte vitale)*

Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?  Oui  Non

Si oui, adresse: \_\_\_\_\_

N° adhérent ou de police: \_\_\_\_\_

Couverture Maladie Universelle (CMU):  Oui  Non

**Si oui, joindre la photocopie de l'attestation à jour**

**Où téléphoner en cas d'urgence, pendant l'accueil de votre enfant ?**

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Si l'enfant est inscrit par l'intermédiaire d'une collectivité, désignation et adresse de celle-ci:

\_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné \_\_\_\_\_ père, mère, tuteur (rayé les mentions inutiles),  
Autorise mon fils, ma fille à pratiquer les activités organisées par l'accueil de loisirs dans les conditions définies dans la fiche descriptive du planning dont nous avons pris connaissance;

Autorise le responsable à le (la) faire faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins;

M'engage à payer la part des frais de séjour restant à ma charge, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels;

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date et signature du responsable légal de l'enfant**

**Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »**

**Cadre réservé à l'ALSH**

**Dossier rendu le:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Attestation carte vitale
- Photocopie carnet de santé
- Attestation responsabilité civile
- Fiche de renseignements
- Fiche sanitaire
- Règlement intérieur signé