



FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.

Enfant fréquentant l'accueil de loisirs

NOM	Prénom	Date de naissance
_____	_____	_____
Établissement scolaire : _____		
Garçon :	Fille :	Autre : _____

Représentants légaux

	1	2
	<i>Les représentants légaux peuvent venir chercher votre enfant</i>	
NOM	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
CP / Ville	_____	_____
Quartier	_____	_____
Tel port	_____	_____
Tel fixe	_____	_____
Email	_____	_____
	_____	_____
Profession	_____	_____

Frères et sœurs

NOM	Prénom	Date de naissance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. Vaccinations

merci de joindre en plus une copie des vaccins de votre enfant

Vaccins obligatoires	o u i	n o n	Date rappel	Vaccins recommandés	o u i	n o n	Date rappel
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole			
Polyomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou Tétracoq				Autres (préciser)			

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** qui doit être donné lors de sa présence à l'accueil de loisirs?
oui / non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente avec les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice, marqués au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Maladies déjà déclarées par votre enfant :

Rubéole oui non	Varicelle oui non	Angine oui non	Scarlatine oui non	Coqueluche oui non
Otite oui non	Rougeole oui non	Oreillons oui non	Rhumatisme articulaire aigu oui non	

Allergies ou autres contre-indication :

Médicamenteuses	oui non	Conduite à tenir : _____
Alimentaires	oui non	Conduite à tenir : _____
Autres	oui non	Conduite à tenir : _____

Précisez la conduite à tenir ainsi que la cause de l'allergie ou des contre-indications (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, asthme, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre (+ certificat médical si prise de médicament)**

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) oui non : préciser et joindre le protocole et les informations utiles _____

3. Recommandations utiles

	oui	non
Port de lentilles <i>au besoin prévoir un étui à son nom</i>		
port de lunettes <i>au besoin prévoir un étui à son nom</i>		
port de prothèses auditives <i>au besoin prévoir un étui à son nom</i>		
port d'appareil dentaire <i>au besoin prévoir un étui à son nom</i>		

Autres informations (qualité de peau, suivi psy / orthophonie, trouble du comportement, régime alimentaire) : _____

4. Régimes d'affiliations

MSA : une attestation du quotient familial doit être transmise

CAF : j'autorise l'association ESPAC'YON à accéder aux informations renseignées sur mon compte allocataire CAF via le site de la Caisse d'Allocations Familiales : oui ___ / non ___

Régime Général (CAF) : n° allocataire _____ Quotient familial _____

Régime Agricole (MSA) : n° allocataire _____ Quotient familial _____

Les informations récoltées concernent seulement :

- le nom et prénom de l'allocataire et son conjoint, l'indication du responsable du dossier, son n° d'allocataire
- le montant du quotient familiale CAF (historique de 24 mois)
- les enfants et autres personnes à charge au sens des prestations familiales du logement et/ou du RSA (nom, prénom, date de naissance)
- Adresse à laquelle est rattachée l'allocataire

5. Autorisations

Autorisation de droit à l'image en interne de l'ALSH

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que votre enfant soit photographié pour une utilisation dans les locaux seulement (photos porte manteau / mur d'affichage).

oui / non

Autorisation de publication en externe de l'ALSH

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que votre enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, sur nos réseaux sociaux.

oui / non

Autorisation de sortie en transport commun (bus, car, minibus ...)

Votre enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par l'ALSH, vous serez prévenu au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

oui / non

Autorisation d'hospitalisation

Je donne pouvoir à Mme, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

oui / non

Autorisation d'intervention chirurgicale

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

oui / non

Autorisation pour les **activités extrascolaires** ou autorisation de **partir seul** voir documents annexes

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant en dehors des représentant légaux :

Nom	Prénom	Lien	Téléphone

Protection des données

Dans le cadre des nouvelles obligations européennes concernant la réglementation sur la protection des données personnelles, le centre socioculturel Espace'Yon enregistre vos coordonnées qui sont nécessaires pour l'adhésion et les activités pratiquées au sein de l'association. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées uniquement aux besoins de gestion. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données. J'autorise l'enregistrement de mes données : oui / non

Règlement intérieur

Le fait d'inscrire votre enfant à l'ALSH implique l'acceptation entière et sans réserve du règlement qui a été fourni lors de l'inscription.

Déclaration et signature

Je soussigné.e _____
responsable légal de _____
déclare exact les renseignements donnés.

Date et signature : _____