

FICHE SANITAIRE - 2025

ACCUEIL DE LOISIRS 3/12 ANS

(À renseigner obligatoirement par le(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant.
Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable sanitaire et le cas échéant, aux services médicaux.)

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....
.....

Code postal..... Ville.....

Date de naissance..... Age.....

Ecole :..... Classe :.....

Responsable légal de l'enfant : Mme/Mr :.....

Adresse.....

Domicile :..... Portable..... Travail.....

Profession :..... N° S.S :.....

REGIME GENERAL: oui non

Conjoint : Mme/Mr.....

Adresse.....

Domicile :..... Portable :..... Travail.....

Profession :..... N° S.S :.....

REGIME GENERAL: oui non

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX :

(à remplir par les parents)

Je soussigné(e).....

(Nom et prénom responsable légal)

Autorise les responsables de l'accueil de loisirs à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou tout autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

Nom.....Prénom.....

Je m'engage à rembourser à l'accueil de loisirs l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte.

Adresse Caisse Primaire d'Assurance Maladie.....
.....

Nom de la mutuelle.....N° contrat.....

Adresse.....

J'autorise l'administration d'Arnica sous forme de granules homéopathiques ou crème :

oui non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
Joindre impérativement la photocopie des vaccins.

Je soussigné(e), Mme, Mr

Certifie que mon enfant,

Nom.....Prénom.....

Né le..... est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

Nom et coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Docteur : Tél :

Adresse :
.....

L'enfant est-t-il actuellement en traitement médical ? oui non

Si oui lequel ?
.....

En ce cas, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? oui non

Préciser la nature de l'allergie, la conduite à tenir en cas de problème
.....

(Si mise en place d'un PAI, merci de nous le transmettre).

Régime Alimentaire :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) Mme/Mr..... déclare
avoir inscrit mon enfantaux activités de
l'accueil de loisirs « La planète des mômes » au Fayet.

J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités, y compris la baignade et les jeux aquatiques.
 oui non (cocher la case)

J'autorise, la/le responsable de l'accueil de loisirs, à prendre toutes les mesures utiles (y compris l'hospitalisation), en cas d'accident pouvant survenir à mon enfant.
 oui non (cocher la case)

Je déclare avoir signalé au responsable de l'accueil de loisirs toutes les données médicales concernant mon enfant, y compris le ou les traitements médicaux en cours.
 oui non (cocher la case)

J'autorise mon enfant à rentrer seul.
 oui non (cocher la case)

J'autorise l'accueil de loisirs à utiliser (activité, décoration ...) des photos de mon enfant.
 oui non (cocher la case)

J'autorise mon enfant à participer au test quechua.
 oui non (cocher la case)

Fait au Fayet,
le...../...../.....
Signature (faire précéder de la mention lu et approuvé)