

FICHE SANITAIRE ALSH / ESPACE JEUNES

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

SEXE : F - G Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE 1 NOM : _____ Prénom : _____

Tél. portable : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____

RESPONSABLE 2 NOM : _____ Prénom : _____

Tél. portable : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Médecin de famille : _____ Tél : _____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

N° Sécurité sociale : _____

RÉGIME : CAF N°: _____ MSA N°: _____

Nom de l'assurance : _____

Numéro d'assurance RC : _____

Et/ou Numéro d'assurance extra scolaire : _____

« Moi, Mr/Mme _____, ayant l'autorité parentale sur mon enfant, j'ai bien compris l'importance et l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent exposer les activités auxquelles celui-ci ou celle-ci participe à ceux-ci. »

Art - L.227-4 du CASF Code action sociale des familles

AUTORISATIONS

Je soussigné.e _____, responsable légale.e de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise :

- le/la responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- le personnel de la MJC Le Sterenn de Trégunc à photographier et filmer mon enfant lors des activités et à utiliser ces images dans ses supports de communication.

Nous vous rappelons que le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD - 25/05/18) vous permet à tout moment de vous désinscrire de nos réseaux d'informations, d'accéder, modifier ou supprimer les informations vous concernant grâce à ce contact : communication@mjctregunc.fr

À : _____ **LE :** _____

SIGNATURE :

RAPPELS :

- La fiche sanitaire a une durée de validité de septembre à août.
- Le/la responsable légale.e de l'enfant doit informer le directeur de l'accueil de loisirs de tous changements liés à la fiche sanitaire durant la période de l'accueil de loisirs.

VACCINATIONS

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Polyomyélite Ou DT polio				Coqueluche	
				BCG	

Autres vaccins (préciser) : _____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'Accueil de Loisirs : OUI NON

Si oui, merci de 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 prit sans ordonnance.

ALLERGIES

Asthme : OUI NON Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaire : OUI NON Autres : _____

Précisez la cause et la conduite à tenir, si protocole à suivre, le fournir : _____

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation...). Merci d'ajouter les dates et les précautions à prendre :

MIEUX CONNAÎTRE L'ENFANT

ALIMENTATION

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé : OUI NON

L'enfant a-t-il un régime particulier : OUI NON

Si oui, préciser : _____

ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

L'enfant bénéficie t-il d'une reconnaissance MDPH : OUI NON

Si oui, bénéficie t-il de l'AEEH (justificatif à fournir) : OUI NON

Établissement fréquenté : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Pouvez-vous nous préciser quelques informations utiles concernant votre enfant (rythme, alimentation, hygiène, relation à l'autre, établissement fréquenté...) :

