FICHE SANITAIRE ENFANCE 3-5 ans

Choisissez un élément.

**NOM / PRENOM Cliquez ici pour entrer du texte.**

**Données obligatoires : Vaccinations-antécédents médicaux/chirurgicaux-pathologies-traitements***.*

**2019-2020**

**Date et signature :**

**A :**

Conservation : 3 ans. Finalités : prise en compte des habitudes et problèmes sanitaires des enfants. Transfert des informations si prise en charge par les services d’urgence. Accès : salariés de l’association/corps médical.

**Le signataire peut accéder, modifier ou demander la destruction des données à tout moment.**

VACCINATIONS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Dates derniers rappels** | **Vaccins**  **recommandés** | **Dates** | **ATTENTION**  **Si votre enfant**  **n’a pas les vaccins obligatoires :**  **FOURNIR UN**  **CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.** |
| DT Polio / coqueluche  Haemophilus influenzae  Hépatite B | *Cliquez ici pour entrer une date.* | BCG | *Cliquez ici pour entrer une date.* |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole | *Cliquez ici pour entrer une date.* |
| Infection pneumocoque | *Cliquez ici pour entrer une date.* |
| Infection méningocoque | *Cliquez ici pour entrer une date.* |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TRAITEMENTS MEDICAUX**  ATTENTION Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance. **En cas de traitement, fournir l’ordonnance et les médicaments correspondants** dans l’emballage d’origine, avec notice, dans contenant fermé marqué au nom de l’enfant | | | | |
| OUI -  NON - Préciser la nature du/des traitement(s) : *Ecrivez ici* | | | | |
| **MALADIES - cocher les maladies que votre enfant a déjà contracté** | | | | **AUTRES DIFFICULTES DE SANTE** |
| Rubéole | OUI NON | Otite | OUI NON | *Ecrivez ici* |
| Varicelle | OUI NON | Rougeole | OUI NON |
| Angine | OUI NON | Oreillons | OUI NON |
| Coqueluche | OUI NON | Méningite | OUI NON |
| Rhumatisme articulaire | OUI NON | Scarlatine | OUI NON |
| Hépatite | OUI NON | Autre : *précisez ci-contre* | |
| **ALLERGIES** | |  | | |
| **Préciser cause et conduite à tenir** | | |
| Asthme | OUI NON | *Ecrivez ici* | | |
| Alimentaire | OUI NON | *Ecrivez ici* | | |
| Médicamenteuse | OUI NON | *Ecrivez ici* | | |
| Gel hydroalcoolique | OUI NON | *Ecrivez ici* | | |
| Autre, précisez (animaux, pollen, plantes) | *Ecrivez ici* | | | |

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

|  |  |
| --- | --- |
| L’enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON  Occasionnellement | **AUTRES RECOMMANDATIONS** - Lunettes lentilles prothèses auditives dentaires… Indiquer toute information que vous jugez utile de transmettre aux équipes  *Ecrivez ici* |
| L’enfant sait-il nager ?  OUI NON |

AUTORISATION PARENTALE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussigné(e),*Cliquez ici pour entrer du texte.* responsable de l’enfant *Cliquez ici pour entrer du texte.*

déclare exacts les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de l’accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Nom du médecin traitant : *Cliquez ici pour entrer du texte.* Tél : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

**Visa des parents attestant qu’aucun élément n’est à modifier sur la fiche après 1 an :**

**2024-2025**

*Cliquez ici pour entrer une date.*

**SIGNATURE**

*Cliquez ici pour entrer du texte.*

**2025-2026**

*Cliquez ici pour entrer une date.*

**SIGNATURE**

*Cliquez ici pour entrer du texte.*

**2023-2024**

*Cliquez ici pour entrer une date.*

**SIGNATURE**

*Cliquez ici pour entrer du texte.*



Choisissez un élément.

AUTORISATION PARENTALE

Document obligatoire. Tous les renseignements contenus dans cette fiche restent confidentiels.

ENFANT *Cliquez ici pour entrer du texte.*

NOM : *Cliquez ici pour entrer du texte.* Prénom : *Cliquez ici pour entrer du texte.* Age : *Choisissez un élément.*

Garçon -  Fille Date de naissance : *Cliquez ici pour entrer une date.* Lieu naissance : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Nationalité : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

RESPONSABLE LEGAL

NOM : *Cliquez ici pour entrer du texte.* Prénom : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

ADRESSE

Numéro : *Cliquez ici pour entrer du texte.* Rue / lieu-dit : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Code postal : *Cliquez ici pour entrer du texte.* Commune : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

N° de sécurité sociale (obligatoire): *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Régime allocataire : *Choisissez un élément.* N° allocataire (obligatoire) : *Cliquez ici pour entrer du texte.*.

Responsabilité civile (obligatoire) : Nom de l’assureur : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Numéro de police : *Cliquez ici pour entrer du texte.*

CONTACTS FAMILLE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PARENT 1 | PARENT 2 |
| NOM / PRENOM | *Cliquez ici pour entrer du texte.* | *Cliquez ici pour entrer du texte.* |
| Téléphone domicile | *Cliquez ici pour entrer du texte.* | *Cliquez ici pour entrer du texte.* |
| Téléphone portable | *Cliquez ici pour entrer du texte.* | *Cliquez ici pour entrer du texte.* |
| Téléphone travail | *Cliquez ici pour entrer du texte.* | *Cliquez ici pour entrer du texte.* |
| Mail | *Cliquez ici pour entrer du texte.* | *Cliquez ici pour entrer du texte.* |

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e)*Cliquez ici pour entrer du texte.*, autorise mon enfant *Cliquez ici pour entrer du texte.*

* à participer aux activités organisées par le centre social EVEIL.
* à être transporté dans les véhicules du centre Social ou par un transporteur (car, bateau…) selon les activités

**AUTORISATION DE SORTIE**

* J’autorise le directeur à laisser mon enfant à partir seul à la fin l’activité :  OUI -  NON

**IMPORTANT : le directeur et les animateurs ne confieront l’enfant qu’aux personnes inscrites ci-dessous. En cas d’autorisation exceptionnelle, merci de nous en informer par écrit.**

* J’autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre à partir de 17h ou en cas de nécessité :

*Ecrivez ici*

* S’il y a lieu, indiquez les personnes non autorisées à récupérer votre enfant :

*Ecrivez ici*

**DROIT A L’IMAGE**

* J’autorise le centre social à utiliser des photos de mon enfant en activité :  OUI  NON
* J’autorise leur utilisation par le centre social pour :

Brochures/plaquettes - Exposition - Presse - Site Internet - Réseaux sociaux

**Le centre social décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de dégradation d’objets personnels.**

**Mon enfant veillera à ne pas apporter d’objets dangereux ou de valeur.**

Fait à : *Cliquez ici pour entrer du texte.* Le : *Cliquez ici pour entrer une date.*

**Signature :** *Cliquez ici pour entrer du texte.*