FICHE SANITAIRE ENFANCE

**NOM / PRENOM de l’enfant**

**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** | **Date du dernier rappel** | **Vaccins** **recommandés** | **Date** | **ATTENTION****Si votre enfant****N’a pas les vaccins obligatoires :****FOURNIR UN****CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.** |
| DT Polio / coquelucheHaemophilus influenzaeHépatite B |  | Hépatite B |  |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| BCG  |  |
| Infection pneumocoque |  |

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) :  |
| **MALADIES - cocher les maladies que votre enfant a déjà contracté** |
| Rubéole | [ ]  OUI [ ] NON | Otite | [ ]  OUI [ ] NON | Coqueluche | [ ]  OUI [ ] NON | Méningite | [ ]  OUI [ ] NON |
| Varicelle | [ ]  OUI [ ] NON | Rougeole | [ ]  OUI [ ] NON | Rhumatisme articulaire | [ ]  OUI [ ] NON | Scarlatine | [ ]  OUI [ ] NON |
| Angine | [ ]  OUI [ ] NON | Oreillons | [ ]  OUI [ ] NON | Hépatite | [ ]  OUI [ ] NON | Autre |  |
| **AUTRES DIFFICULTES DE SANTE :**  |
| **ALLERGIES** |
| Asthme [ ]  OUI [ ] NON Alimentaire [ ]  OUI [ ] NON Médicamenteuse [ ]  OUI [ ] NON Gel hydroalc. [ ]  OUI [ ] NON |
| **Préciser cause et conduite à tenir :**  |

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* |
| L’enfant sait-il nager ?[ ] OUI [ ] NON |

AUTORISATION PARENTALE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussigné(e), responsable de l’enfant

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 : Tél :

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

**2025-2026**

**SIGNATURE**

**2024-2025**

**SIGNATURE**

**2023-2024**

**SIGNATURE**



AUTORISATION PARENTALE

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

**NOM / PRENOM de l’enfant**

NOM : Prénom : Age :

[ ]  Garçon - [ ]  Fille Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

RESPONSABLE LEGAL

NOM : Prénom :

ADRESSE

Numéro : Rue / lieu-dit :

Code postal : Commune :

N° de sécurité sociale (obligatoire):

Régime allocataire *(caf ou msa)* : N° allocataire (obligatoire) :

Responsabilité civile (obligatoire) : Assureur : Numéro contrat/police :

CONTACTS FAMILLE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PARENT 1 | PARENT 2 |
| NOM / PRENOM |  |  |
| Téléphone domicile |  |  |
| Téléphone portable |  |  |
| Téléphone travail |  |  |
| Mail |  |  |

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) , autorise mon enfant

* 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 partir seul à la fin de 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 :
* S’il y a lieu, indiquez les personnes non autorisées à récupérer votre enfant :

**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 : Le :

**Signature :**