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 / coqueluche  Haemophilus influenzae  Hépatite 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 :**