



# FICHE SANITAIRE JEUNESSE (+ 11 ans)

NOM de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age :   ans  
Date de naissance :   /   /      Garçon  Fille  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de portable (du jeune) : \_\_\_\_\_ Instagram : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant de mon enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Mon enfant a reçu les vaccinations et rappels obligatoires suivants :

Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DT POLIO) Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

*Si l'enfant n'a pas reçu ces vaccins, vous devez joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination concernée*

Mon enfant a déjà contracté les maladies suivantes :

Scarlatine  Otite  Rougeole  Rubéole  Angine  Rhumatisme  
 Oreillons  Coqueluche  Varicelle  Hépatite  Méningite

Mon enfant a une ou des allergies :

Asthme  Allergie alimentaire  Allergie médicamenteuse

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Mon enfant dispose d'un Plan accueil individualisé (PAI), si oui joindre la copie de celui-ci.

Mon enfant est-il en situation de handicap ?

Si oui, nom/type : \_\_\_\_\_

Reconnaissance MDPH  Bénéficiaire de l'AEEH  Auxiliaire de vie scolaire

*Si vous souhaitez échanger avec l'équipe sur ce sujet, n'hésitez pas à prendre rdv.*

## TRAITEMENT MEDICAL ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

**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 un contenant fermé et marqué au nom de l'enfant.**

Mon enfant porte-il des lunettes, lentilles, appareil auditif ou dentaire... ?

*Si oui, indiquer ci-dessous toute information que vous jugez utile de transmettre à l'équipe*

Mon enfant mouille-t-il son lit ?  Oui  Non  Occasionnellement Mon enfant sait-il nager ?  Oui  Non

Mon enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

## AUTORISATION 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 mon enfant.

Visa des parents attestant qu'aucun élément n'est à modifier sur la fiche après 1 an (ne signer qu'une case par année) :

2026-2027  
SIGNATURE

2027-2028  
SIGNATURE

2028-2029  
SIGNATURE

## REPRÉSENTANTS LEGAUX

	Responsable 1	Responsable 2
Nm-Prénom:		
Lien de parenté : (père, mère, famille accueil...)		
Autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de garde (s'il y a lieu)	Complète: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	ou <input type="checkbox"/> Alternée
Téléphone portable :		
Téléphone travail :		
Adresse postale :		
Adresse mail :		

N° de sécurité sociale (obligatoire) du responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

Régime allocataire :  CAF  MSA N° allocataire (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile (obligatoire) : Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Número de contrat : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS RESPONSABLE LÉGAL

J'autorise le centre social à prendre des photos de mon enfant en activité et à les utiliser sur nos différents modes de communication (plaquettes, site internet, presse ; expositions...)

Je soussigné \_\_\_\_\_ autorise mon fils/ma fille \_\_\_\_\_ à participer aux activités jeunesse proposées et :

à être transporté dans les véhicules du centre social ou par un transporteur (car, bateau...) selon les besoins

à être en autonomie avec ses pairs dans un cadre prédéfini par l'animateur (périmètre, horaires, petits groupes, point de ralliement...) sur certaines activités,

à laisser mon enfant quitter seul le lieu de l'activité à la fin de celle-ci

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

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

Sil y a lieu, indiquez ci-dessous les **personnes non autorisées** à récupérer votre enfant :

Fait à :

Le :

Signature :



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.

Conservation de cette fiche : 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.