



FICHE SANITAIRE*

Accueils de loisirs 3-12ans

* Veuillez remplir un document «fiche sanitaire» par enfant

P.A.I.*

*champ réservé à la MDP

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Age*	Sexe : Féminin Masculin
3-5 ans	6-8 ans	9-12 ans		

COORDONNÉES DES REponsables

Qualité :	Parent 1	Assistant familial	Autre	Parent 2	Assistant familial	Autre
Nom :						
Prénom :						
Adresse :						
Tel. professionnel :						
Tel. portable :						
Tel. domicile :						
E-mail :						
Responsable légal :						

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT*

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

*Si différent des responsables légaux (valable en cas d'accident ou de maladie)

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom	Prénom	Téléphone	Adresse

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Nom de la compagnie	Adresse de la compagnie
N° Police / sociétaire	



* Veuillez remplir un document «fiche sanitaire» par enfant

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant :

L'enfant est-il à jour de ses vaccins ? OUI NON

Si OUI, fournir une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.

Si NON, fournir un justificatif médical de contre indication.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cocher si oui)

Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Otites	Angines	Autres :
Asthme	Rougeole	Coqueluche	Oreillons	Rhumatismes	

INFORMATIONS À TRANSMETTRE À L'ÉQUIPE

(P.A.I, allergies, antécédents et traitements médicaux, port de lunettes, régime alimentaire...)

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise l'équipe d'animation à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre d'activités et d'affichages au sein de l'accueil de loisirs :

OUI NON

J'autorise la Maison des Projets à utiliser l'image de mon enfant pour l'ensemble des supports de communication (journaux, affiches, site internet, réseaux sociaux (Facebook)...):

OUI NON Kidizz (réseau social fermé) OUI NON

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (hospitalisation, intervention médicale d'urgence, traitement médical) :

OUI NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de H

OUI NON

SIGNATURE(S)

Je soussigné(e) ou nous soussignons :

Reponsable(s) légal(aux) de l'enfant :

Déclare(ons) exacts les renseignements portés sur ce document.

Fait à

Le