Je soussigné(e) M. et/ou Mme
……..

Agissant en qualité de Père ❒ Mère ❒ A préciser ❒

De l'enfant Nom ……. ……..……..
Prénom……

Né(e) le……

AUTORISE les responsables de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, consultation, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à en payer tous les frais.

DECLARE EXACTS les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage** à en signaler toutes les modifications à venir,

DECLARE avoir pris connaissance et approuve le règlement de fonctionnement.

A Sainte Pazanne, le …….

Signature(s)
Précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »)

Père Mère Autres

Merci de nous fournir une copie des vaccins, de l'attestation responsabilité civile au nom de l'enfant

Les données collectées sont déclarées auprès de la CNIL conformément à la délibération n° 2015-433 du 10 décembre 2015 portant adoption d'une norme simplifiée relative aux traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre par les collectivités territoriales et les personnes morales de droit public et de droit privé gérant un service public aux fins de gérer les services en matière d'affaires scolaires, périscolaires, extrascolaires et de petite enfance (NS-058)

Association Paz' à Pas
rue Françoise Dolto 44680 Ste Pazanne
Multi-Accueil: 0240026345
Accueil Périscolaire et Accueil de Loisirs: 0240026371
Administration: 0240026831
Fax: 0240654228

Réservé administratif
❒ P ❒ M

FICHE SANITAIRE
2018/2019

NOM enfant ……..……..… Prénom……

Né(e) le …….. Garçon ❒ Fille ❒

Ecole……..…….. Classe…… A la rentrée 201…

NOM DU MEDECIN TRAITANT :……..……

Commune……..……..…. Tél ……

RESPONSABLE(S) LEGAUX DE L'ENFANT		
M	☐ Domicile	
Adresse	☐ Travail	
CP Ville	☐ Portable	
Mme	☐ Domicile	
Adresse (si différente)	☐ Travail	
CP Ville	☐ Portable	

Autorise les personnes ci-dessous désignées à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs et à être prévenues en cas d'urgence

NOM (indiquer le lien de parenté) PRENOM	Commune	☐ Domicile	Portable

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, ***joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants*** (dans emballage d'origine marqué au nom de l'enfant et accompagné de la notice). **Aucun médicament (paracétamol, traitement asthme...) ne sera donné sans ordonnance**

VACCINATIONS (fournir **obligatoirement** une copie du carnet de santé)
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication**.

MALADIES (Votre enfant a-t-il eu ces maladies suivantes ?)

RUBEOLE	oui ❒	Non ❒	VARICELLE	oui ❒	Non ❒
ANGINE	oui ❒	Non ❒	SCARLATINE	oui ❒	Non ❒
COQUELUCHE	oui ❒	Non ❒	OREILLON	oui ❒	Non ❒
ROUGEOLE	oui ❒	Non ❒	OTITE	oui ❒	Non ❒
RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÜS	oui ❒	Non ❒			

ALLERGIES

ASTHME oui ❒ Non ❒
MEDICAMENTEUSES oui ❒ Non ❒
ALIMENTAIRES oui ❒ Non ❒
AUTRES……

Précisez ci-dessous la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

RECOMMANDATIONS ET REGIMES ALIMENTAIRES non allergiques (ex : sans porc, sans viande….)

RECOMMANDATIONS UTILES précisez si port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires etc**…**

DIFFICULTES DE SANTE Indiquez ci-après maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducation, crises convulsives, …en précisant **les précautions à prendre**

La structure veille à mettre en place un accueil de qualité et adapté aux enfants porteurs de handicap, pour cela nous avons besoin de connaître certaines informations :

Votre enfant est-il porteur de handicap ? Oui ❒ Non ❒
A-t-il un dossier MDPH ? Oui ❒ Non ❒
Bénéficie-t'il de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? Oui ❒ Non ❒

Dans le cas d'une réponse positive de votre part, nous vous solliciterons pour une rencontre afin de mieux connaître votre enfant et d'échanger sur sa prise en charge

LES AUTORISATIONS

Les responsables et les animateurs de la structure peuvent emmener mon enfant lors des sorties (à pied, en car, en minibus, train, vélo…)	OUI ❒ NON ❒
Les responsables et les animateurs de la structure peuvent photographier ou filmer mon enfant pour réaliser des supports de communication pour l'association ou des outils de travail pour l'équipe	OUI ❒ NON ❒
Les responsables et les animateurs peuvent diffuser les films, clips et/ ou photos sur internet	OUI ❒ NON ❒
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs et périscolaire Si **OUI** nous faire une décharge écrite précisant le jour et l'heure	OUI ❒ NON ❒
J'autorise mon enfant à pratiquer des activités aquatiques (piscine, baignade mer, canoë kayak…) encadrées par l'équipe d'animation et / ou des intervenants extérieurs diplômés. Mon enfant sait il nager : ❒ Oui ❒ A peu près (un peu) ❒ Non mais il aime l'eau ❒ Non et il a peur de l'eau	OUI ❒ NON ❒