

FICHE DE SANITAIRE ET D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS**(De Juillet 2021 à Août 2022)****1. RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon Fille

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

CLASSE :

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT**Parent 1** : NOM : PRENOM :**Parent 2** : NOM : PRENOM :ADRESSE :
.....
.....

TELEPHONE :

DOMICILE : BUREAU :

Portable père : Portable mère :

N°Allocataire : Quotient familial (janvier) :

 J'autorise **Je n'autorise pas**

Le centre social à consulter mon QF auprès de CAF PRO

Adresse email :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

N° DE SECURITE SOCIALE (couvrant l'enfant)

3° VACCINATIONS**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTE.**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.

4° RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit -il un traitement médical ?

OUI (aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)NON

TOURNEZ S.V.P

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLARTINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

REPAS SPECIAUX : SANS PORC OUI NON SANS POISSON OUI NON

VEGETARIEN (sans viande) OUI NON AUTRES OUI NON

PAI Obligatoire de fournir la feuille de soin.

L'accueil de l'enfant ne se fera qu'après l'accord du directeur et sur présentation d'un protocole mis en place par le médecin ; l'allergologue.

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE, AUTRES...PRECISEZ.

.....

5° AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées OUI NON

J'autorise mon enfant à être photographié, et à diffuser les photos sur le site du Nelumbo au centre ou dans le journal local. OUI NON

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs OUI NON

Je soussigné (e) responsable l'égal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le.....

Signature