

FICHE SANITAIRE ET D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS**(De septembre 2022 à Août 2023)****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 ☐

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

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ☐ NON ☐	SCARLARTINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ☐ OUI ☐ NON
ALIMENTAIRES ☐ OUI ☐ NON

MEDICAMENTEUSES ☐ 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 DENTAIRES, 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
Signature

Le.....