**ALSH SERQUES/FICHE SANITAIRE 2020**

1-**ENFANT** :NOM…………………………………………………..PRENOM…………………………………………………………….

DATE DE NAISSANCE :……………………………………………LIEU DE NAISSANCE :………………………………………….

□ GARCON □ FILLE AGE :……………ans REGIME ALIMENTAIRE □ NON

 Si □ OUI lequel :…………………………………………………

2-**RESPONSABLE LEGAL(1)** : □ Père □ Mère □ Tuteur Légal/Famille d’accueil

Situation Familial : □ Marié(e) □ Séparé(e) □ Pacsé(e) □ Célibataire □ Concubinage

Nom…………………………………………………………………………………Prénom……………………………………………………..

Adresse……………………………………………………………………………Ville/commune……………………………………………….

Domicile….…./…...../…...../.…..../…...../ Portable…...../……../…...../…...../….…./ Bureau….…./….…./.…..../…...../……../

Profession :………………………………………… Adresse Mail :…………………………………………………..

**RESPONSABLE LEGAL(2)** : □ Père □ Mère □ Tuteur Légal/Famille d’accueil

Situation Familial : □ Marié(e) □ Séparé(e) □ Pacsé(e) □ Célibataire □ Concubinage

Nom…………………………………………………………………………………Prénom……………………………………………………..

Adresse……………………………………………………………………………Ville/Commune………………………………………….

Domicile……../……../……../……../……../ Portable……../…..../……./…..../……./ Bureau……../.…..../…...../……../……../

Profession :…………………………………………….……… Adresse Mail :………………………..…….………………………………..

3-**REGIME SOCIAL :**□ Régime général □ Régime Agricole(MSA) □ Autres régime

N°Sécurité Social de la personne qui couvre l’enfant**(OBLIGATOIRE)**

**(Joindre attestation de Sécurité Sociale)**

**Quotient Familial/N° Allocataire :…………………………………………………………………………..**

**Compagnie et n°de police assurance (joindre une attestation d’assurance) :……………………………………………………………**

4-**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LES ENFANTS :**

La seule personne autorisée à récupérer l’enfant est son représentant légal. Celle-ci peut désigner une ou plusieurs personnes à venir chercher l’enfant en cas d’absence. Elle doit être nommée dans la liste ci-dessous. Liste des personnes autorisées :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Lien avec l’enfant | Téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné(e)……………………………………………………, responsable de l’enfant………………………………………………………….

□ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s’engage à signaler par écrit toute modification importante (vaccin,changement d’adresse, de numéro de téléphone,…) auprès du responsable de l’ALSH.

□ Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur.

□ J’autorise l’enfant à participer aux activités de l’accueil de loisirs, y compris baignade, camping, pique-nique, sorties, cyclotourisme, marche à pied…sur la commune ou à l’extérieur.

□ J’autorise le Directeur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’urgence médicale tout en prévenant immédiatement les parents.

□ J’autorise l’équipe d’animation à prendre des photos de mon enfant et de les utiliser dans la presse locale, bulletin municipal, internet (site communal et facebook du centre de Serques), journal du centre.

□Certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu’il n’est pas atteint d’affection cutanée transmissible, qu’il n’est pas porteur de parasites : s’engage à garder mon enfant chez moi, si l’un des facteurs se manifestait au cours du séjour.

**Signature des parents ou du représentant du légal :**

**VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

**VACCINS**: Fournir la copie des pages de vaccinations du carnet de santé.

**RENSEIGNMENTS MEDICAUX :**

L’enfant suit-il un traitement médical ? □oui □non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec nom de l’enfant et la notice.)

**MALADIES :**Cocher les maladies que votre enfant a déjà eu :

□ RUBEOLE □ ANGINE □ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

□ COQUELUCHE □ OTITE □ SCARLATINE

□ VARICELLE □ ROUGEOLE □ OREILLONS

**ALLERGIES :**

**ASTHME □ OUI □ NON MEDICAMENTEUSES □ OUI □ NON**

**ALIMENTAIRES □ OUI □ NON AUTRES ………………………………………………………**

**Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de Santé(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération et rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…Précisez.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**AUTRES : L’enfant bénéficie-t-il d’un PAI?(Projet d’Accueil Individualisé) □ oui □ non (si oui fournir une copie obligatoire)**