

## ALSH SERQUES/FICHE SANITAIRE 2019

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

**VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

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

**RENSEIGNEMENTS 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)**

**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.