

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.

Signature des parents ou du représentant du légal :