

# FICHE DE SANTÉ ET RENSEIGNEMENTS

(Une fiche par enfant) DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXE : F ☐ M ☐

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).*

## 1. VACCINATIONS

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PAGES NOMINATIVES DU CARNET DE VACCINATIONS DE L'ENFANT CONCERNÉ** (avec le nom et prénom de l'enfant concerné sur chaque page)

*Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

- Suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)*

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

- Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui ☐ Non ☐

*Si oui, veuillez nous transmettre une attestation AEEH obligatoirement.*

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES..... ☐ Oui ☐ Non  
MÉDICAMENTEUSES..... ☐ Oui ☐ Non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen, etc., ...) ..... ☐ Oui ☐ Non  
Préciser : .....

*Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.*

**Le mineur présente-t-il un problème de santé ?** Oui ☐ Non ☐

*Si oui préciser :*

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Oui ☐ Non ☐

*Si oui, joindre le document obligatoirement.*

Date de validité : .....

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de dossier :

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

*Port des lunettes, de lentilles de contact, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...*

## 4. RESPONSABLE(S) DU MINEUR

• **Responsable N°1 :**

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

@ : .....

• **Responsable N°2 :**

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

@ : .....

## 5. PERSONNE(S) HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU À PREVENIR EN CAS D'URGENCES (Autres que parents)

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

NOM : ..... Prénom : .....

TEL. n°1 : ..... TEL. n°2 : .....

### AUTORISATION DE PARTIR SEUL A LA FIN DE L'ACTIVITÉ

J'autorise mon enfant élémentaire, à partir seul après les activités qu'il fréquente et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge les PEP28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant. Oui ☐ Non ☐

### AUTORISATION DE PRISES DE VUES

J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos pendant les activités, les sorties ou les fêtes, à titre gracieux, de mon enfant mineur et à utiliser son image pour nos différents outils de communication. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit commun, nous autorisons à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente. Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement sous toute forme et tous supports connus à ce jour.

Oui ☐ Non ☐

☐ J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (interventions médicales et/ou chirurgicales).

☐ Je n'autorise pas le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (interventions médicales et/ou chirurgicales).

Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date : ..... Signature :