

Commune de Locon - Accueil de Loisirs
Du 06 Juillet au 31 juillet 2020
FICHE SANITAIRE

Cette fiche individuelle par enfant permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite également aux parents de se démunir du carnet de santé. Si votre enfant a des soucis ou des antécédents plus importants de santé, nous vous invitons à nous en informer sous pli fermé pour respecter la confidentialité.

| | | |
|------------------------------|---|-------------------------------------|
| Enfant concerné : | Responsable (s) de l'enfant à prévenir | |
| NOM : | PARENT 1 : | PARENT 2 : |
| Prénom : | NOM : | NOM : |
| Date de naissance : __/__/__ | Prénom : | Prénom : |
| Ecole : publique - privée | Adresse : | Adresse : |
| Classe : | | |
| N° Sécurité Sociale : | Tel fixe : __ / __ / __ / __ / __ | Tel fixe : __ / __ / __ / __ / __ |
| Assurance : | Port : __ / __ / __ / __ / __ | Port : __ / __ / __ / __ / __ |
| N° contrat : | Tel travail: __ / __ / __ / __ / __ | Tel travail: __ / __ / __ / __ / __ |
| | Mail : | Mail : |

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | Date des derniers rappels | Vaccins recommandés | Date |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|---------------------------------|------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B* | |
| Tétanos | | | | Rubéole – Oreillons – Rougeole* | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche* | |
| | | | | Haemophilus* | |
| | | | | Diphtérie* | |
| | | | | Pneumocoque* dont Méningocoque | |
| | | | | BCG* | |
| | | | | Autres (préciser)* | |

obligatoire pour les enfants nés à partir du 1^{er} janv 2018

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

* L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** en cours de validité et les **médicaments** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| Rubéole | | Varicelle | | Angine | | Rhumatisme articulaire aigu | | Scarlatine | |
|------------|-----|-----------|-----|----------|-----|-----------------------------|-----|------------|-----|
| Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Coqueluche | | Otite | | Rougeole | | Oreillons | | | |
| Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | | |

Plan d'Accueil Individualisé :

| | | |
|------------------|-----|-----|
| ASTHME | Oui | Non |
| MEDICAMENTEUSES | Oui | Non |
| ALIMENTAIRES (*) | Oui | Non |

(si oui, certificat médical obligatoire)

(*) Si allergies alimentaires, précisez lesquels :

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie :

LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (P.A.P maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
 EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné (Père, Mère, ou tuteur légal) autorise les responsables de l'Accueil de loisirs à

présenter mon (mes) enfant(s) à un **médecin**, de préférence :

Le docteur :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Adresse :

Et autorise toute intervention urgente si nécessaire sous anesthésie.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

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 :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) , représentant légal
de l'enfant

SORTIES

➤ autorise mon fils – ma fille à participer aux différentes sorties qui auront lieu pendant l'accueil de loisirs et pour lesquelles j'aurais été préalablement informé(e).



ACTIVITÉS ET DÉPLACEMENTS

➤ suis informé(e) que, pendant l'accueil, les enfants, accompagnés des animateurs, seront amenés à se déplacer à pied, dans le village de Locon mais aussi dans les villages alentours, pour se rendre aux différentes installations municipales mais également pour participer à des jeux de piste, des rallyes-photos...

➤ autorise mon fils – ma fille à participer à ces déplacements



DROIT A L'IMAGE

J'autorise la Mairie à exploiter les images prises aux cours des activités réalisées dans le cadre de l'ALSH sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître quel que soit le support de communication :

Autorisation* de prise en photo uniquement pour les activités (cadre photo, diaporama, activités de théâtre,...) Ces photos resteront au sein de centre de loisirs,

Autorisation* plus large (presses, réseaux sociaux, site internet,...).

* Cases à cocher



Fait à, le



Le représentant légal (nom – prénom et signature)