



# FICHE SANITAIRE\* ESPACES JEUNES / ANIMATIONS ADOS

\* Veuillez remplir un document «fiche sanitaire» par enfant

**P.A.I.\***

\*champ réservé à la MDP

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Age*	Sexe :
				Féminin Masculin

## COORDONNÉES DES REONSABLES

Qualité :	Parent 1	Assistant familial	Autre	Parent 2	Assistant familial	Autre
Nom :						
Prénom :						
Adresse :						
Tel. professionnel :						
Tel. portable :						
Tel. domicile :						
E-mail :						
Responsable légal :						

## AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT\*

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

\*Si différent des responsables légaux (valable en cas d'accident ou de maladie)

## COORDONÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom	Prénom	Téléphone	Adresse

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Nom de la compagnie	Adresse de la compagnie
N° Police / sociétaire	



# FICHE SANITAIRE\* ESPACES JEUNES / ANIMATIONS ADOS

\* Veuillez remplir un document «fiche sanitaire» par enfant

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant :

L'enfant est-il à jour de ses vaccins ? **OUI** **NON**

**Si OUI, fournir une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.  
Si NON, fournir un justificatif médical de contre indication.**

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cocher si oui)

<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>	Angines	<input type="checkbox"/>	Autres :
<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	Rhumatismes		

## INFORMATIONS À TRANSMETTRE À L'ÉQUIPE

(P.A.I., allergies, antécédents et traitements médicaux, port de lunettes, régime alimentaire...)

## AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise l'équipe d'animation à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre d'activités et d'affichages au sein de l'accueil de loisirs :

OUI  NON

J'autorise la Maison des Projets à utiliser l'image de mon enfant pour l'ensemble des supports de communication (journaux, affiches, site internet, réseaux sociaux...) :

OUI  NON

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (hospitalisation, intervention médicale d'urgence, traitement médical) :

OUI  NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de H : :

OUI  NON

## SIGNATURE(S)

Je soussigné(e) ou nous soussignons :

Reponsable(s) légal(aux) de l'enfant :

**Déclare(ons) exacts les renseignements portés sur ce document.**

**Fait à** **Le**