

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	
Date de naissance :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ecole :	
Accueil de loisirs :	
Responsabilité civile /individuelle accident : Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs). Elle est valable pour l'accueil périscolaire, la restauration scolaire et l'accueil de loisirs.

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

- Enfant né avant le 1er janvier 2018 : DTPolio obligatoire
- Enfant né à partir du 1er janvier 2018 : DT Polio – Haemophilus b – Hépatite B – coqueluche – rougeole – oreillons– rubéole – pneumocoque et méningocoque obligatoire

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS (obligatoires enfants nés après 01/01/2008)	DATES RAPPELS		DATES RAPPELS
Diphtérie				Coqueluche		Pneumocoque	
Tétanos				Haemophilus		BCG	
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons Rougeole		Autres (préciser)	
				Hépatite B			

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

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

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.

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES Précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MÉDICAMENTEUSES Précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) Précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dispose-t'il d'un Protocole d'Accueil individualisé (PAI) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, joindre une copie	

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, si oui préciser

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez :
---	------------

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT :

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

--

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable 1	Nom :	Prénom :
Adresse :		
Tél domicile :	Tél travail :	Tél portable :

Responsable 2	Nom :	Prénom :
Adresse :		
Tél domicile :	Tél travail :	Tél portable :

Personnes à contacter en cas d'urgence, autres que les responsables :		Autorisé à venir chercher l'enfant :
NOM et prénom :	Numéro de téléphone :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM et prénom :	Numéro de téléphone :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM et prénom :	Numéro de téléphone :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

J'autorise l'utilisation des photographies et vidéos réalisées par les services municipaux sous quelque forme que ce soit (journal municipal, site internet et page du réseau social de la ville...)

J'autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs (élémentaire)

J'autorise mon enfant à partir seul de l'accueil périscolaire (élémentaire)

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.** J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs ou du service périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :