Accueil de Loisirs Extrascolaire et Périscolaire
Commune de GUIGNES

Fiche Sanitaire *(1 par enfant)*

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant. Elle nous permet d'agir efficacement en cas de problème. Nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document.

1 - L'ENFANT

NOM : …… Prénom : ……

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |2|0|__|__| Lieu de naissance : …… Dépt : |__|__|__|

2 – LE RESPONSABLE LÉGAL

	Responsable 1	Responsable 2
Nom-Prénom	M. / Mme …… ❑ Père ❑ Mère ❑ ……	M. / Mme …… ❑ Père ❑ Mère ❑ ……
Adresse	…… …… |__|__|__|__|__| ……	…… …… |__|__|__|__|__| ……
Téléphones	Dom. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Port. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prof. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	Dom. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Port. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prof. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

3 – LA SANTÉ

Joindre <u>obligatoirement</u> la copie du carnet de vaccination

Nom du médecin traitant : …… Tél : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre enfant a-t-il des **allergies** (alimentaires, médicamenteuses, autres …) ? ❑ OUI* ❑ NON

* Si oui, Lesquelles : ……

……

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : ……

……

……

Votre enfant fait-il partie d'un **P**rotocole d'**A**ccueil Individualisé ? ❑ OUI* ❑ NON

* Si oui, joindre <u>obligatoirement</u> les documents nécessaires pour sa prise en charge.

Votre enfant est-il porteur d'un handicap : ❑ OUI* ❑ NON

* Si oui lequel : ……

Votre enfant est-il inscrit à la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH°) ❑ OUI ❑ NON

Votre enfant suit-il un **régime alimentaire** : Régime sans porc : ❑ OUI ❑ NON végétarien : ❑ OUI ❑ NON

Votre enfant suit-il un **traitement médical** : ❑ OUI* ❑ NON

* Si oui, joindre <u>obligatoirement</u> une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite avec la notice des médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant)

<u>Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance</u>

Veuillez indiquer si votre enfant a des **difficultés de santé** (maladies, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation…) en précisant les dates et les précautions à prendre : ……

……

……

……

Veuillez indiquer si votre enfant porte : ❑ des lunettes ❑ des lentilles
❑ des prothèses dentaires ❑ des prothèses auditives
❑ autres, précisez……

Recommandations particulières (retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire …) : ……

……

……

4 – AUTORISATIONS

Je soussigné(e), ……, responsable légal de l'enfant ……., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et :

❑ Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale…).

❑ Autorise mon enfant à participer aux sorties pédagogiques organisées par l'Accueil de Loisirs et donc à prendre le car si nécessaire.

❑ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs extrascolaire et périscolaire, l'accepte et m'engage à le respecter.

❑ Autorise l'utilisation des photos ou vidéos de mon enfant par l'association AVENIR – Ligue de l'enseignement de Seine et Marne et la commune de Guignes pour leurs communications respectives des animations.

❑ M'engage à accompagner mon enfant jusque dans l'enceinte de l'Accueil de Loisirs le matin et à venir le récupérer dans les locaux le soir.

❑ Autorise seulement les **personnes habilitées ci-dessous** à récupérer mon enfant le soir. Ces dernières seront munies d'une pièce d'identité et âgées de 18 ans révolus.

⛔ **En aucun cas, mon enfant rentre seul à mon domicile de l'Accueil de Loisirs et Périscolaire.**

Nom / Prénom : …… Qualité : …… Téléphone : ……

Nom / Prénom : …… Qualité : …… Téléphone : ……

Nom / Prénom : …… Qualité : …… Téléphone : ……

⚠ **Toute personne non inscrite sur cette liste, se présentant à l'accueil, se verra refuser la prise en charge de l'enfant**

(Sauf autorisation écrite préalable du responsable légal)

Fait à : …… Signature du responsable légal :

Le : ……

CADRE RÉSERVÉ A LA DIRECTION