**FICHE MEDICALE DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS**

**Accueil de loisirs**

**Année** **du 01/09/2025 au 31/08/2026**

**IDENTITE DE L’ENFANT**

Nom : …………………………………………………… Prénom : …………………………………………………… Sexe : [ ]  F [ ]  M

Date de naissance : ….… / ……. / ….…

**Médecin traitant :**

Nom : ……………………………………………………………………………. Tél. du cabinet : …………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Vaccinations :**

Fournir une photocopie des vaccinations de l’enfant inscrites sur le carnet de santé**.**

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

**Renseignements concernant le mineur :** *(Informations nécessaires en cas d'urgence)*

Poids : …………………. Taille : ……………………

Suit-il un traitement médical[ ]  Oui [ ]  Non (*Si oui, reportez-vous au règlement intérieur : Article 10 – Santé.)*

**INFORMATIONS MEDICALES**

**P.A.I** (Protocole d’Accueil Individualisé) : [ ]  Oui *(si déjà rédigé, nous le fournir.)*

 [ ]  Non

**Allergies :**

Alimentaires : [ ]  Oui [ ]  Non

*En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.*

**Médicamenteuses : [ ]  Oui [ ]  Non

Autres : [ ]  Oui [ ]  Non

**Problèmes médicaux particuliers :**

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendreet des éventuels soins à apporter? ❑ Non ❑ Oui. Si oui, lesquels : *(ajouter au dos si nécessaire)*

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SPORTIVES :**Mon enfant sait nager : ❑ Oui ❑ NonMon enfant sait faire du vélo : ❑ Oui ❑ Non  | **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**Port de lunettes, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, … : …………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**AUTORISATIONS PARENTALES** *(\*rayer les mentions inutiles)***:**

Je soussigné .........................................................................................................................., déclare avoir le plein exercice de l’autorité parentale et :

* Autorise l’équipe d’encadrement de l’Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d’urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s’imposer\*.
* Autorise mon enfant (à partir du CP) à rentrer seul à son domicile à partir de ………h….….\*. *En cas de changement d’horaire, le Parent doit se présenter auprès du directeur pour modifier et signer cette fiche.*
* Dégage l’association de toute responsabilité en cas de vol ou de pertes d’objets de valeurs.

Fait à : ................................................... Le : ................................................................................

Signature du père (tuteur légal ou parent 1) Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

Précédée de la mention « lu et approuvé » Précédée de la mention « lu et approuvé »

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Les données collectées ont pour but l’organisation et la gestion de l’Accueil de loisirs (ou du séjour). Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification et d’opposition des données vous concernant.*