



Fiche sanitaire (une par enfant)

L'enfant

NOM :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe :

Médecin traitant et numéro de téléphone :

Régime alimentaire :

- Repas normal
- Repas sans viande
- Repas sans porc
- Panier repas (dans le cadre d'un PAI)

Le(s) responsable(s) ou tuteur

NOM : Prénom :

N° de sécurité sociale :

Compléments d'adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphones d'urgence :/...../...../.....

Les renseignements médicaux

L'enfant a-t-il eu (a-t-il toujours) les maladies suivantes :

- | | | | |
|------------------------------|---|------------------------|---|
| - Rubéole | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Angine | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Varicelle | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Rougeole | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Coqueluche | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Oreillons | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Otite | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Scarlatine | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Diabète | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Quel traitement ?..... | |
| - Asthme | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Fréquence ? | |
| - Allergies aux médicaments | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? | |
| - Allergies alimentaires | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? | |
| - Autres allergies | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Nature ? | |
| - Hypersensibilité au soleil | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Précautions ? | |

Indiquer ci-dessous les autres difficultés de santé, en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisations...) et précautions particulières à prendre :

.....

Protocole d'Accueil Individualisé (joindre le document signé et la trousse médicaments + ordonnance)

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? Oui Non

Préconisations :
.....
.....

Droit à l'image

Nous cédonc gracieusement, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, le droit de représentation et de reproduction de son image à l'association « Les Petits Montagnards » pour toute diffusion par tout moyen actuel ou à venir notamment visuel, télévisuel, audio, numérique, de presse, Internet et sur tout support de reproduction actuel ou à venir, notamment sur support papier (catalogue, documents de communication, bulletin municipal), support numérique, DVD, digital, sur Internet, pour tout type de presse.

Oui Non

Si nous mettons en place des activités multimédia et réalisons des diaporamas ou vidéos des activités réalisées par les enfants. Acceptez-vous que votre enfant y figure ?

Oui Non

Je souhaite pouvoir recevoir via WhatsApp les photos de mon enfant lors d'une activité, d'un séjour...

Oui Non si oui, précisez le numéro de téléphone concerné :

Autorisation de transport

En tant qu'adhérent ou représentant d'un adhérent, nous autorisons l'Association Les Petits Montagnards dans le cadre de leurs activités à :

- Déplacer notre (nos) enfant(s) en minibus, voiture
- Déplacer notre (nos) enfant(s) en autocar
- Déplacer notre (nos) enfant(s) à pied

Autorisation de sortie (pour les enfants de plus de 10 ans)

Je soussignée..... autorise mon
(mes) enfant(s)

Agé de

- à rentrer seul et quitter l'accueil périscolaire (lundi, mardi, jeudi et vendredi en période scolaire) à (Merci de préciser les jours et l'heure de sortie).
- à rentrer seul et quitter l'accueil de loisirs (mercredi) à (Merci de préciser l'heure de sortie).
- à rentrer seul et quitter l'accueil de loisirs (vacances scolaires) à (Merci de préciser les jours et l'heure de sortie).

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Mieussy, le

Signature du responsable légal :