



2024-2025

# Fiche sanitaire

## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Collège

Lycée

Fille

Garçon

## REGIME ALIMENTAIRE

Sans porc Oui  Non

Sans viande Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS ou ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

Traitement Médical Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant)

Difficulté de santé Oui  Non

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre

## L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES :

Asthme  OUI  NON

Alimentaire  OUI  NON Si oui précisez laquelle, voir nous donner le protocole : \_\_\_\_\_

Médicamenteuse  OUI  NON Si oui précisez laquelle : \_\_\_\_\_

AUTRES  OUI  NON Précisez : \_\_\_\_\_

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :** \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité social : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse du médecin : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

#### PARENTS

##### 1<sup>er</sup> RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél dom : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

##### 2<sup>ème</sup> RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse si différente : \_\_\_\_\_

Tél dom : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant\* : \_\_\_\_\_

#### JEUNE

Numéro téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

#### AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e), M. " Mme " (Nom/Prénom) .....

Responsable de l'enfant : .....

- ✓ Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- ✓ Autorise les responsables de la maison des ados à faire mettre en œuvre, en cas d'urgence, des traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences.
- ✓ Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs.
- ✓ Autorise l'équipe d'animation à administrer les traitements prescrits par les ordonnances dont il leur est communiqué un exemplaire.
- ✓ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du projet pédagogique de la Commune.
- ✓ Autorise le personnel du service ados à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des activités, et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées sur les supports municipaux de communication (Site internet de la mairie : <http://www.noailles60.fr>, Page Facebook de la mairie et du service ados, Chaîne Youtube de la commune, Journal municipal : « L'info Noillaise ») pour une durée maximale de 5 ans.
- ✓ J'autorise le pole ados a ajouter mon enfants au groupe WhatsApp.

Je certifie pour exacts les renseignements figurant sur cette fiche sanitaire et m'engage à signaler tout changement le plus rapidement possible aux responsables du Centre de Loisirs.

Signature des parents  
(Suivie des mentions « lu et approuvé »)