

2025-2026

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^{er} RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Tél dom : _____

Mail : _____

Travail : _____

Portable : _____

Profession : _____

2^{ème} 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 »)