



Nom et prénom de l'enfant : Garçon Fille
Date de naissance : L'enfant sait nager (50 m sans brassard) : oui non

Régime alimentaire : repas classique repas sans viande repas sans viande ni poisson repas sans porc

Informations médicales :

Groupe sanguin (si connu) :
 Au regard du carnet de santé de mon enfant, je soussigné(e)
 (père, mère, tuteur) certifie que.....est à jour de toutes les vaccinations
 obligatoires. **(Joindre obligatoirement la copie des vaccinations ou un certificat médical).**

Allergies :

alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
autres (animaux, plantes, pollen...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

précisez :

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) : oui non
 Si oui, joindre une copie du P.A.I. ainsi que le traitement médicamenteux correspondant.

Indiquez les difficultés de santé (maladie, pathologie aiguë ou chronique en cours), antécédents médicaux ou chirurgicaux, accidents, crises de convulsions, opérations, rééducation ou tout autre élément d'ordre médical susceptible d'avoir des répercussions sur l'accueil de l'enfant en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant suit-il un traitement durant l'accueil ? oui non
 Si oui, lequel ? :

(dans ce cas joignez l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance, même l'homéopathie.

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires, appareils auditifs, comportement de l'enfant, énurésie, etc...)

Nom et adresse du médecin traitant : Tél :

1) Responsables du mineur :

Responsable 1 : Nom Prénom..... Tél :..... Tél travail :.....
 Adresse

Responsable 2 : Nom Prénom.....N° tél :..... Tél travail.....
 Adresse

2) Informations complémentaires :

Nom, prénom et n° de téléphone de la personne à contacter en cas d'absence des parents :

Noms et prénoms des personnes autorisées à récupérer votre enfant :

Je soussigné(e)responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'ASBH

- PAI
- Allergie Alim
- Traitement.....
- SP VEGE
- Point de vigilance :