FICHE INDIVIDUELLE ET SANITAIRE

ALSH du Pays d'Aubigné 2018/2019

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : …….. Sexe : M - F

Prénom : ……

Date de naissance : …… /…… /…… Age : ……. Poids : ……..

Habite à l'adresse : ☐ des parents ☐ de la mère ☐ du père ☐ autre (préciser)

……

……

INFORMATIONS UTILES

Mon enfant fait la sieste : ☐ Oui ☐ Non ……

Mon enfant sait faire du vélo : ☐Oui ☐Non ……

Mon enfant sait nager : ☐ Oui ☐ Non ……

Mon enfant sait faire du roller : ☐ Oui ☐ Non ……

REGIME ALIMENTAIRE

Aucun : ☐ Oui ☐ Non

Sans porc : ☐ Oui ☐ Non

Végétarien : ☐ Oui ☐ Non

Allergie alimentaire : ☐ Oui ☐ Non (A détailler dans la section ''Allergie'')

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à arriver seul : ☐ Oui ☐ Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul : ☐ Oui ☐ Non Si oui, à partir de ……h…… .

J'autorise à mon enfant la pratique du trampoline/structure gonflable : ☐Oui ☐Non

J'autorise mon enfant à utiliser tous moyens de transport nécessaires au projet d'animation prévu (à pied, à vélo, en car, en train) : ☐Oui ☐Non

J'autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivant : journaux Familles Rurales, journaux locaux, site internet Familles Rurales, illustration de documents d'informations Familles Rurales, diffusion aux familles membres. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant les photographies et/ou vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou ma vie privée, ou à celle de mon enfant. ☐ Oui ☐ Non

(A noter, le droit à l'image permet aux enfants de participer aux activités audiovisuelles)

ENGAGEMENT DES PARENTS

Responsables du mineur :

NOM : ……

Prénom : …… Téléphone : ……

NOM : ……

Prénom : …… Téléphone : ……

Je soussigné(e), ……, responsable légal du mineur.
– Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
– Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaire par l'état de santé de ce mineur.
– M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'ALSH, y compris les éventuels frais médicaux.
– M'engage à prendre connaissance du règlement et à le respecter.

Date : ……/……/…… **Signature** Précédée de la mention ''lu et approuvé''

ALLERGIES

Alimentaire : ☐ Oui ☐ Non Préciser .....

Médicamenteuse : ☐ Oui ☐ Non Préciser.....

Autre ; ☐ Oui ☐ Non Préciser .....

Si oui, détaillez les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

AUTRES RENSEIGNEMENT MEDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire			Oreillon		
Scarlatine			Enurésie		

S'il s'agit d'une fille a-t-elle ses règles : ☐ Oui ☐ Non

Autres problèmes de santé : ☐ Oui ☐ Non

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter.

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT

Attention : Il est interdit aux enfants de garder tout médicament avec ou sans ordonnance, ils doivent IMPERATIVEMENT être confiés aux animateurs.

Votre enfant suit un traitement médical pendant le séjour : ☐ Oui ☐Non

Si oui, joindre une ordonnance en cours de validité et les médicaments correspondant (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

Votre enfant a un PAI (protocole d'accueil individualisé) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre le PAI et prendre contact avec la directrice de l'ALSH.

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou certificats de vaccination. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Obligatoires			
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Recommandés			
Coqueluche			
Haemophilus			
Rougeole			
Hépatite B			
BCG			
Pneumocoque			
Autre			

RECOMMANDATIONS

Port de lunettes/lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, phobie, difficulté du sommeil…

.....

.....

.....

.....