

AUTORISATIONS (signature obligatoire)

Je soussigné(e) :responsable de l'enfant

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs
oui **non**

=> si non, lesquelles :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille, et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (consultation médicale ou hospitalisation), rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant
oui **non**

- autorise mon enfant à prendre les moyens de transport mis en place par l'association pour les déplacements liés aux activités
oui **non**

- autorise mon enfant à rentrer de la manière suivante, à la fin de la journée :
(si la ligne n'est pas remplie, cela induit que vous venez chercher votre enfant)

.....

- autorise l'association à prendre des photos et à filmer des moments de l'ASH avec la présence de mon enfant dans un but de communication et de « promotion » de l'association. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

oui **non**

Fait à : Le :

Certifie exact les renseignements sanitaires suivants.

Signature :



Vivre en Val d'Arly
Association d'animation socio-culturelle

FICHE SANITAIRE

ENFANT:

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Age** :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : **Prénom** :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : **Mail** :
(consulté régulièrement)

Dater et signer la période concernée :

Période	Date	Signature
Été 2018		
Toussaint 2018		
Hiver 2019		
Pâques 2019		

En cas d'urgence (si différent du responsable ci-dessus):

Personne à joindre n°1 : Tél :/...../...../...../.....

Personne à joindre n°2 : Tél :/...../...../...../.....

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux, pouvant être utiles pour l'accueil de votre enfant. Elle est utile pour toutes les activités du centre de loisirs, et évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

POIDS : **TAILLE :** **POINTURE :**

Informations médicales :

Nom de l'assurance Responsabilité Civile :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du Centre Payeur :

Nom du médecin traitant : Ville :

Informations sanitaires :

Vaccinations :

Photocopies du carnet de santé à joindre (pages vaccinations) obligatoirement

Photocopies des vaccinations fournies (si oui case à cocher)

Si l'enfant n'est pas vacciné, fournissez un certificat de contre indication pour DTCP

L'enfant a-t-il eu des difficultés de santé ? (de type : maladies, accidents, convulsions, opération, rééducation)

oui non

==> si oui : préciser le type et la date.....

L'enfant présente-t-il une fragilité particulière pour certaines maladies ?

(de type : otite, angine, conjonctivite, infranrix)

oui non

Consignes préventives ?

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives et /ou dentaires :

oui non

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui, lequel :

(joindre obligatoirement ordonnance et médicaments correspondants (boîte d'origine avec nom de l'enfant))

L'enfant a-t-il des contre-indications à la pratique d'activités physiques et sportives ?

oui non

==> si oui, lesquelles :

Informations pratiques :

L'enfant sait-il nager ?

Non il commence il est capable de nager 50 m et d'être en immersion

Informations vous paraissant importantes à transmettre à l'équipe pédagogique pour le confort des vacances de votre enfant :

L'enfant est - il sujet à :	Lesquelles ?	Conduite à tenir
Allergies Médicamenteuses		
Allergies alimentaires		
Asthme		
Autres		