



Fiche sanitaire

Accueils de loisirs et temps périscolaires

Année scolaire 2026-2027

PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

ACCUEIL DE LOISIRS :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION, NE PAS REMPLIR

ENFANT :

Nom Prénom :

Sexe : Age :

Né(e) à

Ecole fréquentée :

Compagnie de l'assurance scolaire : Numéro de police :

RESPONSABLE 1 : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél Domicile : Portable : Mail :

RESPONSABLE 2 : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél Domicile : Portable : Mail :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

1. Nom - Prénom : Tél :

Adresse :

2. Nom - Prénom : Tél :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

L'enfant a-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, de quel type ? (--> *Se référer au règlement intérieur pour connaître les modalités de mise en place*)

.....

L'enfant a-t-il un panier repas ? Oui Non

En cas de prescription médicale ponctuelle : Prendre attache avec le responsable des temps périscolaires et extrascolaires de la structure, afin de savoir s'il est en mesure d'administrer le traitement. Joindre obligatoirement une ordonnance en cours de validité et lisible. Les médicaments devront correspondre à la prescription (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Angine	Rubéole	Varicelle	Rhumatismes articulaires aigus	Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rougeole	Oreillons	Scarlatine	Otites
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant fait-il de l'asthme ?	L'enfant a-t-il des allergies ?
<input type="checkbox"/> Allergique <input type="checkbox"/> A l'effort <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Indiquez les autres difficultés de santé en indiquant les dates :
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations...)

.....

.....

RECOMMANDATION DES PARENTS

(Port de lunettes, appareil dentaire, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, difficultés alimentaires, craintes, peur de l'eau, etc...)

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) : Nom : Prénom :

- Déclare avoir pris connaissance et accepter sans réserve les conditions générales de participation aux Accueils de Loisirs et Accueils Périscolaires,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités sportives proposées, y compris les activités nautiques (piscine, base de loisirs, voile...)
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties sur et hors de la commune, quel que soit le moyen de transport utilisé,
- Autorise le directeur à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui s'avèreraient nécessaires et m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux consécutifs,
- Certifie que mon enfant a subi les vaccinations nécessaires et obligatoires et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- J'ai noté également :

- Qu'en cas de comportement de mon enfant incompatible avec la vie en collectivité, son inscription aux Accueils de Loisirs pourra être suspendue, sans aucune possibilité de remboursement des frais engagés.
- Que, par mesure de sécurité, les Accueils de Loisirs ne peuvent accueillir des enfants dont l'état de santé ne permet pas de participer dans les meilleures conditions à toutes les activités proposées.
- Qu'en cas de non-respect des horaires des Accueils de loisirs, votre enfant ne pourra pas être accueilli.

IMPORTANT :

- EN CAS DE GARDE EXCLUSIVE DES ENFANTS, MERCI DE FOURNIR AU SERVICE ESPACE FAMILLE, UNE COPIE DU JUGEMENT.

J'autorise Je n'autorise pas la Ville de Villeneuve-la-Garenne à utiliser pour ses publications (journal municipal, programmes, affiches, etc...) les photos de mon enfant prises à l'occasion des activités des Accueils de Loisirs.

A _____ le _____

Signature du responsable 1



Signature du responsable 2

