



FICHE de RENSEIGNEMENTS et SANITAIRE

Année scolaire 2024 - 2025

Accueil périscolaire et extrascolaire

CP CE1 CE2 CM1 CM2

Accueil de loisirs fréquenté :

Cadre réservé à l'administration, ne pas remplir.

L'enfant :

Nom:..... Prénom: Sexe: M F

Né(e) le : ___ / ___ / 20___

Ecole fréquentée :

Responsable de l'enfant

Mme/M.....

Adresse :

Mail :@.....

Téléphone : Mobile :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

● **Personne n° 1 :**

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté : père mère frère/sœur autre :

☎ Téléphone fixe : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ 📱 Portable : ___ . ___ . ___ . ___ . ___

● **Personne n° 2 :**

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté : père mère frère/sœur autre :

☎ Téléphone fixe : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ 📱 Portable : ___ . ___ . ___ . ___ . ___

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui, de quel type ?

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"/> Non	<input type="checkbox"/> A l'effort <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autres

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...)

.....

.....

Recommandations des parents

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

.....

.....

Je soussigné(e),, responsable de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs, le cas échéant, à prendre toutes les mesures (hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les animations/activités proposées dans le cadre des accueils de loisirs.
- Autorise l'équipe à prendre en photo ou à filmer mon enfant dans le cadre d'une communication interne ou externe.
 OUI NON

Date : ___ / ___ / 20__

Signature :