



FICHE SANITAIRE 2024

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../20.....

FILLE GARÇON ECOLE :

1 – ADMINISTRATIF

RESPONSABLES DE L'ENFANT

● NOM PRÉNOM
Mère Père Tuteur

 TÉL. PERSONNEL ou PROFESSIONNEL :

Et/ou

● NOM PRÉNOM
Mère Père Tuteur

 TÉL. PERSONNEL ou PROFESSIONNEL :

2 – AUTORISATIONS

Mon enfant part SEUL OUI NON (à partir de 8 ans)

Les responsables légaux autorisent, la (les) personne(s) majeurs ci-dessous, à venir chercher l'enfant à la sortie des activités

Nom Prénom Nom Prénom

! Le cas échéant personne **interdite** : Nom Prénom (Fournir copie du jugement)

OUI NON Autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant à des fins d'animations et d'illustrations promotionnelles et/ou informatives de ses activités (en **interne** : affichage dans les locaux, photos souvenirs données aux familles ou **externe** : plaquettes associations, journaux, blog, site internet...) – *au besoin rayer interne et/ou externe.*

3 – INFOS DIVERSES

Repas SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES ALIMENTAIRES oui non **JOINDRE PAI**

PISCINE : Sait Nager OUI NON

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence Oui non

Si oui **joindre** une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)



LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, allergies, asthme, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation)

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours oui non **joindre un protocole** (PAI ou ordonnance médecin détaillée)

