

## FICHE SANITAIRE (1 document par enfant)

Nom et Prénom Parent 1 : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom Parent 2 : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Pour les collégiens et lycéens : Mail du jeune : \_\_\_\_\_

Tél personnel du jeune : \_\_\_\_\_

### L'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe à la rentrée 2024/2025 : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

### Vaccination

Joindre impérativement une copie des vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

→ L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires :  Oui  Non Préciser à quoi : \_\_\_\_\_

Allergies Médicamenteuses :  Oui  Non Préciser à quoi : \_\_\_\_\_

Autres allergies :  Oui  Non Préciser à quoi : \_\_\_\_\_

Asthme :  Oui  Non

Diabète :  Oui  Non

Epilepsie :  Oui  Non

Autres :  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

→ L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament de pourra être administré sans ordonnance.**

→ Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ L'enfant suit-il un régime alimentaire ?  Oui  Non

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire :  Oui  Non

Si oui, fournir au dossier une copie du PAI.

→ L'enfant porte-t-il : des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez :

---

---

→ Natation : L'enfant sait-il nager ?  Oui  Non

→ J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre de l'accueil de loisirs :  Oui  Non

→ Nom et Téléphone du médecin traitant :

---

---

### J'autorise mon enfant à :

→ Participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)

→ Participer aux sorties

→ Voyager en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif

### J'autorise l'association organisatrice à :

→ Présenter mon/mes enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

(Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels)

→ A photographier ou filmer mon/mes enfant(s) :  Oui  Non

(Les photos et vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication de l'association Familles Rurales de Rognes)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature :



ASSOCIATION  
DE ROGNES



santé  
famille  
retraite  
services