

Fiche sanitaire ados



IDENTITE DE
L'ENFANT

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Vaccins	Dates
La Diphtérie		L'Hépatite B	
Le Tétanos		Le Méningocoque C	
La Poliomyélite		Les Infections invasives à pneumocoque	
La Coqueluche		La Rougeole	
L'Haemophilus influenzae B		Les Oreillons	
Aucun dossier ne sera accepté si les dates ne sont pas remplies.		La Rubéole	

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

L'enfant présente t-il des allergies: Non Oui Lesquels:

.....

Joindre le PAI

INFORMATIONS
DE SANTE

L'enfant a-t-il rencontré des difficultés de santé ?(accident, maladie, hospitalisations, opérations). L'enfant porte t-il des lunettes, des prothèses etc?

Merci de préciser les précautions à prendre et les dates des évènements).

RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature:

Autorisation parentale

(inscrire uniquement les enfants participant aux activités enfance organisées par
l'association des Amis des Bauges)

Je soussigné(e) (NOM Prénom)représentant légal du mineur

Nom prénom du mineur:

.....

- Autorise à participer aux activités des Amis des Bauges y compris les activités sportives (et nautiques) et déclare m'être assuré(e) de toute contre indication médicale.
- Autorise à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'accueil de Loisirs et à utiliser le transport prévu (à pied, en car, minibus, voiture...)
- Autorise l'équipe encadrante à donner les médicaments prescrits par le médecin (ordonnance à fournir).
- Autorise l'équipe encadrante à filmer, enregistrer ou photographier pour une utilisation sur les différents supports de communication de l'association des Amis des Bauges (site Internet, Vivre en Bauges, diaporama, ...). En aucun cas la diffusion de ces images ne sera liée à un but commercial.
- Autorise à quitter l'accueil seul

Nom	Prénom	Téléphone	À prévenir en cas d'urgence	Autorisé à venir chercher le ou les mineurs

IMPORTANT :

Aucun enfant âgé de moins de 6 ans ne pourra quitter l'accueil, sans qu'il soit accompagné d'un adulte (sauf dérogation particulière discutée entre les parents et le responsable pédagogique, en amont de la période d'accueil)