

Fiche sanitaire ALSH du PI Pilier Rouge Année 2024/2025

Les informations demandées ci-après sont conformes au code de l'action Sociale et des Familles et à la fiche CERFA n°10008*02 relative à la fiche sanitaire de liaison

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Garçon Fille

Établissement scolaire :

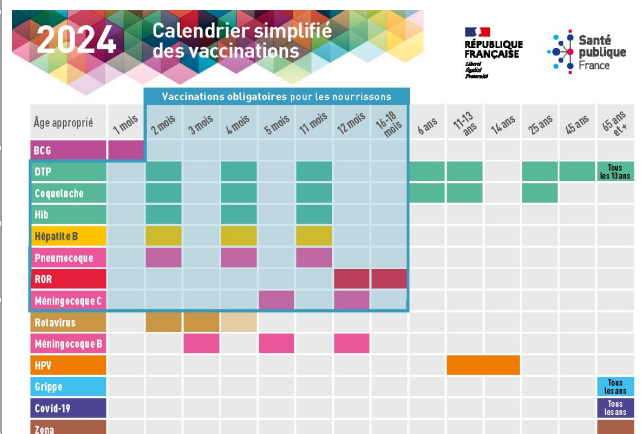
Classe fréquentée :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui* Non (* oui joindre une ordonnance récente et les médicaments (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.)

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

VACCINS	Date de vaccination	Prochaine vaccination
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
BCG	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Hépatite B	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Rubéole – Oreillons - Rougeole	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Coqueluche	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Autres (précisez)	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>



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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme Articulaire Aigü <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Allergie :

Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---	--

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) ou régime alimentaire si besoin (exemple : mixé, sans porc)

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...) conduite à tenir :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives... précisez :

Pour mieux accueillir votre enfant :

Afin d'accompagner au mieux votre enfant et de recueillir les éléments administratifs requis par nos partenaires institutionnels merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui Non

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou une demande en cours : Oui Non

Si oui, est-il accompagné par une AESH/AVS ? Oui Non

Pour favoriser la continuité dans l'accueil de votre enfant, autorisez-vous l'équipe de direction du Patronage Laique du Pilier Rouge à prendre contact avec les professionnels qui le suivent au quotidien ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou des spécialistes qui l'accompagnent :

Structure ou spécialiste	Fonction occupée dans l'accompagnement de votre enfant	Téléphone

Autorisations parentales

Je/nous soussigné(s),

- **J'AUTORISE** les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone	A contacter en cas d'urgence	
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non

- **J'AUTORISE** le directeur de l'accueil de loisirs du Patronage Laïque du Pilier Rouge, à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention, chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- **JE M'ENGAGE** à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

- **JE DEMANDE** au directeur de l'accueil de loisirs, en cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance : Oui Non

- **J'AUTORISE** l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'accueil de Loisirs : en voiture (par les animateurs et bénévoles de l'association), par des moyens de transports collectifs (cars, bus, train...)

- **J'AUTORISE** l'Association Patronage Laïque du Pilier Rouge à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion. *Fichier de données déclaré à la CNIL. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer en m'adressant au Patronage Laïque du Pilier Rouge.*

- **J'AUTORISE** que mon soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

L'accueil de loisirs Oui Non

La presse locale Oui Non

Le site internet et autres moyens de communication numériques utilisés par l'association Oui Non

J'AI LU ET ACCEPTÉ le projet pédagogique et de fonctionnement de l'accueil collectif de mineurs du Patronage Laïque du Pilier Rouge.

Selon l'article L227-5 du code de l'action sociale et des familles : « Les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent. »

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Lu et Approuvé,

Signature responsable légal

Fait à

le ___/___/_____