



Accueils de Loisirs - FICHE SANITAIRE

Valable du 1^{er} septembre 2025 au 31 août 2026

ENFANT
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARCON FILLE AD P.CE EXT

ACCUEILS DE LOISIRS
 St Pierre des Corps
 Fleury les Aubrais

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio Ou Tétracoq				Coqueluche Autres (Préciser)	
BCG				Autres (Préciser)	

JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS, si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre indication.

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente (original) et les médicaments correspondants.
 (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

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	Rhumatisme Articulaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <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	Autres : _____

Allergies? ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, **si automédication le signaler**
Toutes les allergies Alimentaires devront être justifiées par un document médical

Conduite à tenir : _____

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

Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t'il été signé avec l'établissement scolaire : OUI NON

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

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez _____

Renseignements familiaux

MERE

NOM PRENOM

ADRESSE

.....VILLE/CP

TEL. PORTABLE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL. BUREAU |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL@.....

PERE

NOM..... PRENOM

ADRESSE

.....VILLE/CP

TEL. PORTABLE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL. BUREAU |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL@.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

NOM..... PRENOM

ADRESSE (si différente de la mère).....

.....VILLE/CP

TEL. PORTABLE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL. BUREAU |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL@.....

REGIME ET COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT - A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Régime Caisse de Prévoyance N° _____

Numéro de sécurité sociale N° _____

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE- COPIE A FOURNIR

Numéro du contrat d'assurance _____

Nom de l'assureur _____

Adresse de l'assurance _____

Votre enfant pourra être filmé ou photographié par l'équipe d'encadrement. Ces images seront susceptibles d'être utilisées dans les différents supports de publication du CASI (blog, catalogue, film, site internet du CASI, instagramm..), dans ce cadre : **J'autorise le CASI Cheminots de Tours à utiliser les images de mon enfant.**

Oui

Non

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

Date :

Signature :