

# Fiche sanitaire

## 2024-2025



### L'Enfant

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

### Responsables légaux

	Parent couvrant l'enfant (Père ou Mère)	Autre parent (Père ou mère)
Nom Prénom		
Adresse		
Téléphone Fixe		
Téléphone Portable		
Adresse Mail		
Profession		

### Renseignements famille

Nom du parent allocataire des prestations familiales :
<u>Son n° CAF :</u> <u>Quotient Familial (Attestation à fournir) :</u> <u>ou Son n° MSA :</u> <u>ou Régime particulier (EDF, RATP...) :</u>
N° de sécurité sociale du parent couvrant l'enfant :
Assurance de la famille couvrant l'enfant :
Mutuelle couvrant l'enfant :
<b>Assurance 117 Animation Jeunes : AXA - Groupama</b>

## Informations Médicales

<u>VACCINS</u>	ENFANT VACCINE (entourez votre réponse)	DATES DERNIERS RAPPELS
DIPHTERIE - TETANOS - POLIO	OUI / NON	
RUBEOLES-OREILLONS-ROUGEOLE	OUI / NON	
COQUELUCHE	OUI / NON	
BCG	OUI / NON	
HEPATITE B	OUI / NON	
MENINGITES (préciser)	OUI / NON	

**Joindre obligatoirement la photocopie du carnet de vaccinations.**

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

**Allocation MDPH :**

Oui

Non

(Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées ?)

**Observations médicales :** (régime, traitement en cours, **PAI**, pas de sport, allergies, etc....)

**Difficultés de santé :** (*maladies aiguës, chroniques ou psychologiques, susceptibles d'avoir des répercussions sur l'accueil de votre enfant...*)

**Recommandations des parents :** (port de lunettes, lentilles, prothèse auditive, dentaire.....)

**Rappel important :** *Tout traitement médicamenteux, homéopathique ou non, doit être accompagné d'une prescription médicale à jour (boîte de médicament dans leur emballage d'origine marqués au nom et prénom de l'enfant avec la notice) : AUCUN MEDICAMENT ne pourra être pris sans ordonnance !*

### Personnes habilitées à récupérer l'enfant (autres que les parents)

Nom et Prénom de la personne	Lien de parenté	Numéro de téléphone

## 6/ Autorisation parentale

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre des accueils de loisirs de l'association **117 Animation Jeunes**.

Oui

Non

J'autorise l'association **117 Animation Jeunes** à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités. Je l'autorise à diffuser et publier ces images ou films, afin d'illustrer les projets d'animation sur le site internet de l'association, les publications (plaquette d'information de l'accueil de loisirs, documents pédagogiques...), les médias (la presse écrite, audiovisuelle et page facebook de 117 AJ).

**et**  
déclare renoncer à toute poursuite et aux droits à l'image de mon enfant.

Oui

Non

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des structures à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'association et m'engage à le respecter.

(Consultable sur le site de l'association « 117animationjeunes.fr ».)

**Date et Signature du responsable légal de l'enfant**