

5 – VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINS : FOURNIR LA COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE (**OBLIGATOIRE**).

IMPORTANT : 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.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

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 marquées au nom de l'enfant avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

MALADIES : COCHER LES MALADIES QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ EU :

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

ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS:

LES DIFFICULTÉS **DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ...PRÉCISEZ.


AUTRES : L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (Projet d'Accueil Individualisé) Oui Non

(Si oui, fournir une copie **OBLIGATOIRE**).

6- AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e)....., **responsable de l'enfant**

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à signaler par écrit toute modification importante(nouveau vaccin, changement d'adresse ou de n° de téléphone, ...), auprès du responsable de l'ALSH.
- Je m'engage à rembourser la FDLL65 du montant des frais médicaux avancés par elle. Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur.
- J'autorise, la FDLL65 à fixer, reproduire, diffuser et exploiter l'image, de mon enfant en tout ou partie, en nombre illimité, à titre gracieux, en tous formats, en couleurs et/ou en noir et blanc, sur le support photo ou vidéo, notamment à travers le site internet, la page Facebook de l'accueil de loisirs ou dans le cadre de diffusion de photos ou vidéos réalisées dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs auprès des adhérents de la FDLL65
- J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte de l'ALSH pour suivre une activité d'animation.

 **Rappel important (voir règlement intérieur) :**

Le responsable et les animateurs de l'ALSH ont l'autorisation de prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, sur avis médical des professionnels de la santé en cas d'incapacité de joindre les parents, même sans accord parental.

Date :/...../.....

Signature du responsable légal de l'enfant: