Fédération Léo Lagrange des HP

DIABOLO MENTHE 11-14 ANS

Avenue Roger PAUL
65320 BORDERES SUR L'ECHEZ
mail: diabolocentrejeunes@gmail.com

FICHE SANITAIRE 2026-2027

ALSH ☐

PAI ☐

Etablissement scolaire :……

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

1 – ENFANT : NOM :……
PRENOM : ……..

DATE DE NAISSANCE : …… LIEU DE NAISSANCE : ……...

□ GARÇON □ FILLE AGE :……ans

REGIME ALIMENTAIRE □ NON □ OUI : lequel :……..……

	RESPONSABLE LEGAL 1 :	**RESPONSABLE LEGAL 2 :**
NOM	……	……..……
Prénom	……	……
Adresse	……	…….
CP	……	……..
Ville	……	……..……
Date et lieu de naissance :	……...	……...
	□ Portable …../…../…../…../…../	□ Domicile …../…../…../…../…../
	□ Domicile …../…../…../…../…../	□ Portable …../…../…../…../…../
	□ Bureau…../…../…../…../…../	□ Bureau…../…../…../…../…../
	Adresse mail : ……..……@……	Adresse mail : ……..……@……
	Profession : ……..…… Situation familiale:.....	Profession : ……..…… Situation familiale:.....

3 – REGIME SOCIAL : ☐ Régime général ☐ Régime Agricole (MSA) ☐ Autre régime

N° Sécurité Sociale de la personne qui couvre l'enfant **(OBLIGATOIRE)**:……
Nombre d'enfants à charge :

N° ALLOCATAIRE :

Dans le cadre d'une mise en place d'une tarification modulée souhaitez-vous que la FDLL65 puisse accéder aux informations concernant vos revenus :

☐ Directement auprès de la Caisse d'Allocation Familiale - N° Allocataire CAF

☐ /MSA : ……..…

Je ne suis pas allocataire CAF/MSA, en fournissant votre dernier avis d'imposition sur le revenu.

Dans le cas de la non justification des revenus, le barème de la tranche la plus élevée sera retenu.

4 – PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LES ENFANTS :

UN ENFANT NE PEUT PAS SORTIR SEUL DE L'ACCUEIL DE LOISIRS. LA SEULE PERSONNE AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT EST SON REPRESENTANT LEGAL*. CELLE-CI PEUT DESIGNER UNE OU PLUSIEURS PERSONNES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE. ELLE DOIT ETRE NOMMEE DANS LA LISTE CI-DESSOUS. LA SORTIE DE L'ENFANT SE FAIT AUX HEURES DE SORTIES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS. Liste des personnes autorisées :*

Nom / Prénom	*Lien de parenté*	*Numéro de téléphone*

5 – <u>VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :</u>

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

<u>IMPORTANT</u> : SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. <u>ATTENTION LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION</u>.

<u>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :</u>

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).*** <u>Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance</u>.

ENFANT BÉNÉFICIANT DE L'ALLOCATION AEEH (Fournir notification MDPH) ☐ oui ☐ non

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « complément inclusif » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

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

☐ RUBÉOLE	☐ ANGINE	☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
☐ COQUELUCHE	☐ OTITE	☐ SCARLATINE
☐ VARICELLE	☐ ROUGEOLE	☐ OREILLONS

ALLERGIES : ASTHME ☐ **OUI** ☐ **NON** **MEDICAMENTEUSES** ☐ **OUI** ☐ **NON**

ALIMENTAIRES ☐ **OUI** ☐ **NON** **AUTRES ……**

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

……

……

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

……

<u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :</u> 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: