

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

SERVICE ENFANCE JEUNESSE

**FICHE SANITAIRE  
2021-2022**

Age : .....

Sexe : F  M

Ecole : .....

Classe (sept 2021) : .....

Nom/Prénom de l'enseignant : .....

Mme ou M. ....

**RESPONSABLES LEGAUX**

Père ou tuteur légal : ..... Adresse : ..... ..... Code Postal ..... Ville ..... ☎ domicile : ..... ☎ travail : ..... ☎ Portable : ..... Profession : .....	Mère ou tutrice légale : ..... Adresse : ..... ..... Code Postal ..... Ville ..... ☎ domicile : ..... ☎ travail : ..... ☎ Portable : ..... Profession : .....
--	--

Adresse mail pour l'envoi d'informations et des programmes: .....

**MON ENFANT**

**VACCINATION OBLIGATOIRE :** DT POLIO    oui     non  (1)

(1) Joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

**MALADIES** A-t'il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez les maladies)

Varicelle    Coqueluche    Scarlatine    Rougeole    Oreillons    Rubéole    Angines    Otites    Rhumatisme Articulaire aigu

**ALLERGIES**

- Allergies alimentaires                      oui                       non
- Allergies médicamenteuses              oui                       non
- Autres allergies (animaux, pollen ...)    oui                       non

Si oui précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) .....

**DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE**

Indiquez les maladies (ex : asthme...), les accidents, les crises convulsives, les hospitalisations, les opérations, rééducation etc en précisant les dates et les précautions à prendre.

**MEDECIN TRAITANT** : Nom..... ☎ .....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

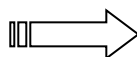
Mange t-il du porc                      oui  non                       Mange t-il de la viande                      oui  non

Votre enfant a-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire ou auditif ?                      oui  non

Si oui les, lesquels : .....

Est-il malade en car ?                      oui  non

Lieu d'hospitalisation : au plus près (Roussillon Clinique des Côtes du Rhône)                       Si autres précisez.....



## ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP OU DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

L'accueil de loisirs est ouvert aux enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement dès l'instant où toutes les conditions garantissant un service de qualité sont réunies (bien être et sécurité). Pour une meilleure intégration de votre enfant il sera nécessaire de prendre rendez-vous pour définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place (PAI, AVS, PAP ...) : oui  non

Si oui laquelle ? .....

Est-ce que votre enfant bénéficie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? oui  non



## AUTORISATIONS PARENTALES

### AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant à plus de 6 ans, je l'autorise  ou je ne l'autorise pas  à partir seul après les activités.

### **PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES A VENIR CHERCHER MON ENFANT**

*(les personnes autorisées à venir chercher l'enfant doivent être agé de plus de 12 ans)*

Nom et Prénom	 Domicile	 portable	Lien avec l'enfant

### AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE MON ENFANT

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants (pour le journal de la ville, le site internet, dans différentes publications de la structure, etc.).

Il s'agit, la plupart du temps, de photos de groupe ou bien de vues montrants des enfants en activité.

En application de l'article 9 du Code Civil, le droit à l'image des personnes est protégé. De plus, et dans le respect des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait l'obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents. Aussi, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir remplir le talon ci-dessous.

**Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.**

Je soussigné .....agissant en tant que représentant légal de l'enfant .....

Autorise  ou n'autorise pas  la prise de photographie et/ou vidéo le représentant dans le cadre des activités du SEJ.

Autorise  ou n'autorise pas  la diffusion et la publication de photographie et/ou vidéo sur les supports cités ci-dessous :

Activité pédagogique

Tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite, site internet et le facebook de la ville.

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique).

Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation (ou du site) précisée.

Les photographies et ou vidéos ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concerne est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie et/ou vidéo si vous le jugez utile.

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

DATE : ...../...../.....

SIGNATURE