

# ACCUEIL DE LOISIRS ENFANCE

## FEUILLE SANITAIRE

<b>NOM DU MINEUR :</b> ..... <b>PRENOM :</b> ..... <b>DATE DE NAISSANCE :</b> .....
---

### 1- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM :.....  
PRENOM :.....  
ADRESSE:.....  
N° DE TELEPHONE FIXE :.....  
N° DE TELEPHONE PORTABLE :.....  
N° DE TELEPHONE PROFESSIONNEL : .....

MAIL : .....

QUOTIENT FAMILIAL CAF :.....

### 2- PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET D'ABSENCE DES RESPONSABLES DU MINEUR :

NOM :.....PRENOM.....  
N° DE TELEPHONE (Fixe et portable) :.....

NOM :.....PRENOM.....  
N° DE TELEPHONE (Fixe et portable) :.....

NOM :.....PRENOM.....  
N° DE TELEPHONE (Fixe et portable) :.....

### 3- AUTORISATIONS

#### Départs :

Je soussigné(e) ..... responsable légal du mineur, l'autorise à quitter seul l'accueil de loisirs le mercredi ou pendant les vacances, à partir de :

- 17H00                                       18H00                                       Autre : ....
- 17H30                                       18H30
- ne l'autorise pas à quitter seul l'accueil de loisirs

#### Photographie : *(merci de rayer la mention inutile)*

J'autorise/je n'autorise pas l'équipe d'animation à photographier mon enfant et à utiliser les photographies dans le cadre de l'accueil de loisirs (web, expos, bulletin municipal...).

A Pleumeleuc  
Date et signature

**4-SANTE**

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT (allergies alimentaires, médicamenteuses ou autres, traitement en cours, port d'appareils dentaires ou auditifs, port de lunettes, de lentilles, difficultés de sommeil ...) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :.....

ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT :.....

N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :.....

**VACCINATIONS :**

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Poliomyélite				ROR	
Tétanos				Hépatite B	
BCG				Pneumocoque	
				Haemophilus	
				Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication.

**5- ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE**

NOM DE L'ASSURANCE :.....

Numéro de police:.....

ADRESSE :.....

N° DE TELEPHONE :.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, autorise l'équipe de direction et d'animation à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date et signature