



# FICHE SANITAIRE 3-11 ANS

**DATE**

...../...../202.....

**Cette fiche sanitaire est le document qui contient les informations de contact et de santé de votre enfant ou de l'enfant dont vous êtes responsable.**

Cette fiche est essentielle pour que l'enfant participe à une activité du Centre Social du Chemillois.

**Cette fiche est à remplir par un responsable de l'enfant, qui peut être :**

- un responsable légal : père, mère ou tuteur.
- une personne en charge de l'enfant : famille d'accueil ou professionnel de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT



L'enfant s'appelle : .....

L'enfant est :



L'enfant habite : .....



L'enfant est né le : .....

Un garçon

Une fille



Numéro de téléphone de l'enfant : .....

Je ne souhaite pas répondre

L'enfant est :

### à l'école maternelle

PS - Petite Section

MS - Moyenne Section

GS - Grande Section

### à l'école élémentaire

CP - Cours Préparatoire

CE1 - Cours Élémentaire  
1ère année

CE2 - Cours Élémentaire  
2ème année

CM1 - Cours Moyen  
1ère année







CM2 - Cours Moyen  
2ème année

Nom de l'établissement scolaire : .....

# INFORMATIONS CONCERNANT LES RESPONSABLES DE L'ENFANT

Ce tableau doit être rempli pour tous les responsables légaux de l'enfant.

Personne à joindre en priorité

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Responsable légal 3
Je suis	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
 Je m'appelle	..... .....	..... .....	..... .....
 J'habite	..... ..... □□□□□.....	..... ..... □□□□□.....	..... ..... □□□□□.....
 Numéro de fixe	.....	.....	.....
 Numéro de portable	.....	.....	.....
 Adresse email	.....	.....	.....
 Profession	.....	.....	.....

Les parents sont :  Mariés  Séparés/divorcés

Qui à la garde des enfants ? .....

À qui doit être envoyée la facture de l'activité ?

responsable légal 1

responsable légal 2

responsable légal 3

foyer d'accueil

ATADEM (Association pour la gestion de Tutelles)

département du Maine-et-Loire pour les familles d'accueil

Écrivez le nom et l'adresse :

.....

.....

Quel est votre quotient familial ? .....

# PERSONNES AUTORISÉES OU INTERDITES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

D'autres personnes peuvent venir chercher l'enfant après une activité. Comme par exemple :






- la grand-mère
- le voisin
- le parent d'un copain

Vous pouvez aussi interdire à certaines personnes de récupérer l'enfant.

Le tableau ci-dessous vous permet d'en faire la liste.

Les personnes non écrites dans ce tableau **ne pourront pas récupérer l'enfant**.

La personne qui vient récupérer l'enfant devra donner une pièce d'identité : carte d'identité, passeport ou permis de conduire.

 Interdit	 Autorisé	 Nom et Prénom	 Numéro de téléphone	 Lien avec l'enfant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....

Êtes-vous adhérent au Centre Social du Chemillois ?

**Oui.** Depuis Quand ? ...../...../202....

**Non**

## VACCINATIONS

Ce tableau doit être rempli grâce aux informations du carnet de santé de l'enfant. Nous n'accepterons pas de photocopies de celui-ci.

Cochez les maladies pour lesquelles l'enfant est vacciné.

**Diphtérie**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Poliomyélite**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Rougeole, oreillons, rubéole**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Hépatite B**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Méningocoque de type C**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Tétanos**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Coqueluche**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Haemophilus influenza de type B**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

**Pneumocoque**  
Dernier rappel effectué le ...../...../20....

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t-il un dossier **MDA** (Maison Départementale de l'Autonomie) ?  Non  Oui

Pour quelles raisons ? .....

L'enfant a-t-il un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ?  Non  Oui

Pour quelles raisons ? .....

Si vous avez répondu **Oui** à une des questions précédentes, nous vous invitons à prendre contact avec l'équipe d'animation Jeunesse à l'adresse mail suivante : [jeunesse@centresocial-chemille.asso.fr](mailto:jeunesse@centresocial-chemille.asso.fr)

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Non  Oui

Si vous avez répondu **Oui** à la question précédente, vous devez nous joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Si l'enfant a déjà eu l'une de ces maladies, cochez la case correspondante.

Rubéole

Rougeole

Otite

Angine

Varicelle

Rhumatisme articulaire aigu

Scarlatine

Coqueluche

Oreillons

L'enfant a-t-il ?

un régime alimentaire particulier

une allergie alimentaire

une allergie médicamenteuse

une autre allergie

Veuillez préciser votre réponse (cause de l'allergie, conduite à tenir, automédication, type de régime alimentaire)

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

Nom et prénom du médecin traitant : .....

Numéro de téléphone du médecin traitant : .....

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS

L'enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? Précisez

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

# AUTORISATIONS

Cochez les affirmations avec lesquelles vous êtes d'accord.

- J'autorise les responsables de l'animation à transporter ou faire transporter l'enfant pour les sorties.
- J'autorise les responsables de l'animation à prendre toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Par exemple en cas d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, de traitement médical.
- J'autorise l'enfant à rentrer seul après l'activité.
- J'autorise l'enfant à se baigner. L'enfant sait-il nager ?  Non  Oui
- J'autorise la diffusion de l'image de l'enfant pour la promotion des activités du Centre Social.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Je souhaite recevoir les infos jeunesse par email.
- J'autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombres d'enfants à charges), ces informations sont nécessaires dans le calcul des tarifs.

Nom et prénom .....

Signature