

# Centre de loisirs

## FICHE SANITAIRE

*(Fiche à rendre impérativement dans les 72 heures qui suivent l'inscription)*  
*Dans le cas contraire l'accès au centre serait refusé à l'enfant.*

Date du séjour : -----

### Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° CAF ou MSA :

.....

### Responsable légal 1 : père mère tuteur légal

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :

.....

domicile : .....  professionnel : .....  portable : .....

Adresse courriel :

.....

Situation familiale :  célibataire  marié (e) pacsé (e)  vie maritale  divorcé (e) séparé(e)  
(joindre l'ordonnance du juge si nécessaire)  veuf, veuve.

Nom de l'employeur : .....

Adresse professionnelle : .....

### Responsable légal 2 : père mère tuteur légal

Nom : ..... Prénom :

.....

Adresse :

.....

...

domicile : .....  professionnel : .....  portable : .....

Adresse courriel :

.....

Situation familiale :  célibataire  marié (e) pacsé (e)  vie maritale  divorcé (e) séparé(e)  
(joindre l'ordonnance du juge si nécessaire)  veuf, veuve.

Nom de l'employeur : .....

Adresse professionnelle : .....

Assurance extrascolaire ou R.C. : Nom : ..... N°: .....

Mairie de Garons

Annexe

Grand rue – 30128 GARONS – Téléphone : 04 66 70 91 66 – Télécopieur : 04 66 70 17 54

**Autre personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : .....Prénom : .....

Lien avec l'enfant (grands-parents, voisin...) :

.....

✍ domicile : ..... ✍ professionnel : ..... ✍ portable : .....

**Renseignements concernant la santé de l'enfant :**

🕒 **Vaccins : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

🕒 **L'enfant suit-il un traitement médical ?** Oui

**Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants** (dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant, avec la notice du médicament).

🕒 **L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Rubéole : Oui  Varicelle : Oui  Oreillons : Oui  Scarlatine : Oui

Coqueluche : Oui  Rougeole : Oui  Otite : Oui  Angine : Oui

🕒 **L'enfant est-il allergique ?**

A des médicaments : Oui  Asthme : Oui  A certains aliments : Oui  Autres : Oui

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
.....

🕒 **L'enfant fait-il l'objet d'un protocole d'accueil individualisé ?** Oui

🕒 **Problèmes de santé particuliers et recommandations des parents :**

.....  
.....

🕒 **Médecin traitant :**

Nom : ..... ✍ .....

**Je soussigné(e) Monsieur, Madame ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs dans lequel j'ai inscrit mon enfant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

**Fait à ..... Le ..... Signature :**

Mairie de Garons  
Annexe

Grand rue – 30128 GARONS – Téléphone : 04 66 70 91 66 – Télécopieur : 04 66 70 17 54

