leo lagrange Tel: 05.62.32.90.61 HAUTES PYRENEES Mail alshjuillan@orange.fr

Fédération Léo Lagrange des HP

Accueil de loisirs 3 Impasse du Moulin 65290 JUILLAN

FICHE SANITAIRE 2024-2025

ALSH « Accueil de loisirs » : ALAE « Périscolaire matin, midi soir)	
Restauration scolaire PAI	

	(Classe et No	om de l'enseignant	PAI			
CETTE FIC	HE PERMET DE	RECUEILLI	R DES INFORMATI	ONS OBLIGATOIRE	S POUR L'ACCUEIL DE VOTR	E ENFANT	
Attestati	ion Aquatiquo	e 🗆	P.A.I.				
	='				ISSANCE :		
□ GARÇON	□ FILLE	AGE:	ans		IMENTAIRE DON		
				Si 🗆 OUI : leq	[uel :		
	RESPONSABLE LEGAL 1 :			RE	RESPONSABLE LEGAL 2 :		
NOM							
Prénom			•••••	•••••••		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
Adresse	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • •	
CP	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •						
Ville	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••••		•••••	
	Portable/	.//	/	Do	micile//		
Domicile/// Bureau///			./	Por	Portable//		
				BUREAU///			
Adresse mail :					Adresse mail :		
Profe	ession :				on :		
3 – <u>REGIN</u>	<u>IE SOCIAL :</u>	☐ Ré	égime général 🔲 R	égime Agricole (MSA	A) Autre régime		
N° Sécurité	Sociale de la pers	sonne qui cou	vre l'enfant (OBLIC	GATOIRE):			
QUOTIEN'	T FAMILIAL/ N	√ ALLOCA	TAIRE:				
<u> </u>				souhaitez-vous que	la FDLL65 puisse accéder aux	informations	
	vos revenus :	Caisse d'All	ocation Familiale - N	I° Allocataire CAF /N	MSA :		
				lernier avis d'imposit		•••••	
revenu.	da la man instifia	ation das mar	anus la hanàma da la	tuonaha la mlua álavá	o some meterni		
Dans le cas	de la non justific	ation des revo	enus, le bareme de la	tranche la plus élevé	e sera retenu.		
4 – <u>PERSO</u>	NNES AUTORI	SEES A REC	CUPERER LES EN	FANTS:			
UN ENFA	NT NE PEUT I	PAS SORTIE	R SEUL DE L'ACC	CUEIL DE LOISIRS	S. LA SEULE PERSONNE A	UTORISEE A	
RECUPER A VENIR CH	ER L'ENFANT HERCHER L'ENFA	EST SON RI ANT EN CAS	EPRESENTANT LE D'ABSENCE. ELLE L	E GAL . CELLE-CI PEU POIT ETRE NOMMEE	VT DESIGNER UNE OU PLUSIEU DANS LA LISTE CI- DESSOUS. personnes autorisées :	RS PERSONNES	
	Lien avec l'enfai	nt	Nom I	Prénom	Téléphone		
1 1			Ì				

5 - VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : VACCINS: FOURNIR LA COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE (OBLIGATOIRE). IMPORTANT: SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX:** \square oui L'enfant suit-il un traitement médical? \square 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. MALADIES: COCHER LES MALADIES QUE VOTRE ENFANT A DEJA EU: ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU RUBÉOLE OTITE COQUELUCHE SCARLATINE VARICELLE ROUGEOLE **OREILLONS ALLERGIES: ASTHME** MÉDICAMENTEUSES oui non oui non **ALIMENTAIRES** Oni non AUTRES..... PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) INDIQUEZ CI-APRÈS: LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS: 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. Signature du responsable légal de l'enfant: Date:/...../