

FICHE SANITAIRE

Vaccinations

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| ou DTPolio | | | | autres (préciser) | |
| ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

si **oui** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

| | oui | non |
|------------------------------|-----|-----|
| Rubéole | | |
| Varicelle | | |
| Rougeole | | |
| Oreillons | | |
| Otite | | |
| Coqueluche | | |
| Scarlatine | | |
| Angine | | |
| Rhumatisme articulaire aiguë | | |

Allergies

| | oui | non |
|-------------------|-----|-----|
| Médicamenteuses | | |
| Asthme | | |
| Alimentaires | | |
| Autres (préciser) | | |
| | | |
| | | |

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

Difficultés de santé

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
Préciser les dates et les **précautions à prendre**

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...

Déplacements de l'enfant

J'autorise mon enfant à partir seul de l'ALSH : oui (préciser jour et heure) non

NOM Prénom des Personnes habilitées à récupérer l'enfant

| | |
|---|-----|
| - | n°: |

J'autorise le service à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous les supports de communication communale et intercommunale : films, photos, site internet, articles de presse, reportages...

Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux animations proposées, activités ludiques sportives culturelles, nécessitant éventuellement un trajet à pied ou transport sous la responsabilité de l'équipe d'animation.

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieurs des différents accueils et m'engage à les respecter.

Date

Signature, précédée de la mention lu et approuvé.

Pièces à fournir avec ce document

- Photocopie des vaccinations du carnet de santé
- Photocopie de la carte d'assuré social
- Attestation d'assurance « Responsabilité civile »
- Photocopie de l'avis d'imposition n-1 (sur les revenus n-2), page indiquant les salaires et assimilés et le nombre de parts
- Photocopie de la carte d'identité vacances CAF (si bénéficiaire de l'aide aux vacances)
Sans l'une des deux dernières, la facturation sera établie au tarif maximum

Pour tous renseignements

Pôle enfance : 05.59.45.61.94

clsh@ville-labenne.fr

carte scolaire école Bourg

- Accueil de loisirs / Périscolaire **Loustics CP-12 ans** : 05.59.45.70.51
- Accueil de loisirs / Périscolaire **Pitchouns 3-6 ans (scolarisés)** : 05.59.63.05.39

carte scolaire école Océane

- Accueil de loisirs / Périscolaire **Moussaillons 3-12 ans (scolarisés)**: 05.59.45.85.93