N° d’adhésion : ……………

Année 2023/2024

**Fiche Santé**

**Nom :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date de naissance** | Cliquez ici pour entrer une date. | **Lieu de naissance** | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médecin traitant** | | | | | |
| **Nom / Prénom** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | **Téléphone** | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | |
| **Parents** | | | | | |
| **Situation familiale** | Choisissez un élément. | | | | |
|  | **Responsable 1** | | **Responsable 2** | | |
| **Nom / Prénom** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| **Adresse** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| **Téléphone Fixe** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| **Téléphone Portable** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| **Téléphone Employeur** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| **Vaccination obligatoire** | | | | | |
| La primo vaccination pour le DT Polio (2 injections et un rappel à 11 mois) est obligatoire chez l’enfant. Deux rappels jusqu’à l’âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite.  **DT Polio**\* Oui Non(2)  **Année du dernier rappel**\* : Cliquez ici pour entrer une date. | | | | | |
| **Nom du vaccin**\*  REVAXIS REPEVAX PENTAVAC  BOOSTRIXTETRA TETRAVAC-ACELLULAIRE INFANRIXHEXA  INFANRIXTETRA, INFANRIXQUINTA IMOVAX POLIO  Vaccin étranger (3) HEXYON  (2)Si non, merci de joindre le certificat de contre-indication correspondant.  (3) Si le vaccin a été effectué à l’étranger et n’est pas répertorié dans la liste, veuillez transmettre le certificat de vaccination correspondant. | | | | | |
| Maladies/allergies   * Asthme\*(4)Oui Non * Allergies alimentaires\*(4) Oui Non * Allergies médicamenteuses\*(4) Oui Non * Autres allergies (animaux, pollen,…)\*(4)Oui Non   Si oui dans l’un des cas précédents, précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir:**Cliquez ici pour entrer du texte.  Votre enfant présente **des difficultés de santé particulières**\*:Oui Non  Si oui, précisez **lesquelles**Cliquez ici pour entrer du texte.  Votre enfant bénéficie d’un **PAI** (Projet d’accueil Individualisé)\*(4): Oui Non  (4) *Dans ce cas, pour un meilleur accueil de votre enfant, merci de prendre contact avec les responsables d’activités* | | | | | |
| **Assurance - Mutuelle qui couvre l’enfant** | | | | | |
| **n° CAF** | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | |
| **Mutuelle** | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | |

|  |
| --- |
| **Repas** |
| Lorsque votre enfant prendra des repas au sein de notre structure ou sous notre responsabilité :  Repas toutes viandes  Repas sans porc  Repas sans viande (poisson) |

|  |
| --- |
| **Autorisation de soins** |
| Je soussigné(e) Cliquez ici pour entrer du texte., responsable légal(e) de Cliquez ici pour entrer du texte., autorise le personnel du Centre social à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant, et à faire pratiquer les soins (traitements, anesthésies...) ou hospitalisation, en cas d’urgence.  Hôpital de référence :Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Autorisations diverses** |
| **Photos**  Dans le cadre des activités au sein de l’ALSH, les animateurs peuvent être amenés à prendre des photos.  Si nous voulons les afficher ou les insérer dans des publications en lien avec nos activités (site internet et page Facebook du Centre Social, affichage dans les locaux pour des expositions, etc.), il nous faut votre accord.  J’autorise l’équipe à utiliser les photos de mon enfant, seul ou en groupe, pour des affichages et des publications :  papier  internet |
| **Sorties :**  J’autorise mon enfant à participer à toutes les activités et les sorties. |
| **Sorties baignade**  J’autorise mon enfant à participer aux sorties baignade. |

|  |
| --- |
| **Décharge** |
| Pour que des personnes autres que vous (nourrice, grands-parents, voisins, famille…) puissent récupérer votre enfant, cette décharge est OBLIGATOIRE. *Aucun mineur ne sera autorisé à venir chercher un enfant.* |
| Je soussigné(e) Cliquez ici pour entrer du texte., responsable légal(e) de Cliquez ici pour entrer du texte., autorise :   1. **Nom / prénom** Cliquez ici pour entrer du texte. qualité : Cliquez ici pour entrer du texte.   Adresse Cliquez ici pour entrer du texte. téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.   1. **Nom / prénom** Cliquez ici pour entrer du texte. qualité : Cliquez ici pour entrer du texte.   Adresse Cliquez ici pour entrer du texte. Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.   1. **Nom / prénom** Cliquez ici pour entrer du texte. qualité : Cliquez ici pour entrer du texte.   Adresse Cliquez ici pour entrer du texte. Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.  A Lyon, le ............./.............../.............. Signature |