



Accueils de Loisirs - FICHE SANITAIRE

Valable du 1^{er} septembre 2026 au 31 août 2027

ENFANT				
NOM : _____				
PRENOM : _____				
DATE DE NAISSANCE : _____				
GARCON	☐	FILLE	☐	AD ☐ P.CE ☐ EXT ☐

ACCUEILS DE LOISIRS	
St Pierre des Corps	☐
Fleury les Aubrais	☐

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio Ou Tétracoq				Coqueluche	
				Autres (Préciser)	
BCG				Autres (Préciser)	

JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS,
si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre indication.

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente (**original**) et les **médicaments** correspondants.
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

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

Rubéole ☐ OUI ☐ NON	Varicelle ☐ OUI ☐ NON	Angine ☐ OUI ☐ NON	Rhumatisme Articulaire ☐ OUI ☐ NON	Scarlatine ☐ OUI ☐ NON
Coqueluche ☐ OUI ☐ NON	Otite ☐ OUI ☐ NON	Rougeole ☐ OUI ☐ NON	Oreillons ☐ OUI ☐ NON	Autres : _____

Allergies? **ASTHME** ☐ OUI ☐ NON **MEDICAMENTEUSES** ☐ OUI ☐ NON
ALIMENTAIRES ☐ OUI ☐ NON **AUTRES** _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler

Toutes les allergies Alimentaires devront être justifiées par un document médical

Conduite à tenir : _____

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t'il été signé avec l'établissement scolaire : ☐ OUI ☐ NON

L'enfant porte-t-il : des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez : _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez _____

Renseignements familiaux

MERE

NOM PRENOM

ADRESSE

.....VILLE/CP

TEL. PORTABLE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL. BUREAU |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL@.....

PERE

NOM..... PRENOM

ADRESSE

.....VILLE/CP

TEL. PORTABLE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL. BUREAU |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL@.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

NOM..... PRENOM

ADRESSE (si différente de la mère).....

.....VILLE/CP

TEL. PORTABLE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL. BUREAU |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL@.....

REGIME ET COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT - **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

Régime Caisse de Prévoyance N°

Numéro de sécurité sociale N°

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE- **COPIE A FOURNIR**

Numéro du contrat d'assurance

Nom de l'assureur

Adresse de l'assurance

Votre enfant pourra être filmé ou photographié par l'équipe d'encadrement. Ces images seront susceptibles d'être utilisées dans les différents supports de publication du CASI (blog, catalogue, film, site internet du CASI, instagramm..), dans ce cadre : **J'autorise le CASI Cheminots de Tours à utiliser les images de mon enfant.**

Oui ☐

Non ☐

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

Date :

Signature :