



## SERVICE DU CENTRE DE LOISIRS

**FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT** (informations sanitaires obligatoires selon l'article R 227-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles)  
 centre.accueil@mairie-briancon.fr

Nom :

Prénom :

### L'ENFANT

Date de naissance : ...../...../..... Et ville avec n° de département : ..... Garçon  Fille   
 Régime alimentaire : sans porc  sans viande  aucun

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | BCG                        |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

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

### L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| RUBEOLE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | VARICELLE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | ANGINE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | COQUELUCHE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| OREILLONS<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | OTITE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     | ROUGEOLE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | SCARLATINE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |

L'enfant suit-il un **traitement médical** oui  non

Si oui, lequel (aucune piqûre, sauf ANAPEN en urgence, ne sera réalisée par l'équipe d'encadrement) : .....

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**, si traitement : la joindre avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Votre enfant est 'il en situation de handicap ? OUI (remplir la fiche complémentaire)  NON

| ALLERGIES :                       |  | Détails :   |
|-----------------------------------|--|---|
| Asthme                            | Non <input type="checkbox"/> Si Oui <input type="checkbox"/> | .....   |
| Alimentaire                       | Non <input type="checkbox"/> Si Oui <input type="checkbox"/> | .....   |
| Médicamenteuse                    | Non <input type="checkbox"/> Si Oui <input type="checkbox"/> |   |
| Autres (animaux, plantes, pollen) | Non <input type="checkbox"/> Si Oui <input type="checkbox"/> |   |
| .....                             |  |   |
|                                   |  | <p><b>Transmettre à la direction</b></p> <p>(Plan d'Accueil Individualisé) (Récente)</p> <p>Le PAI <input type="checkbox"/> ou l'Ordonnance <input type="checkbox"/></p> <p><b>Ainsi que la trousse de médicaments.</b></p> |

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (port de lunettes, lentilles, appareils dentaires ou auditifs ...)

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : .....

Régime de protection sociale : Régime général  M.S.A.  Autres



## SERVICE DU CENTRE DE LOISIRS

**FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT** (informations sanitaires obligatoires selon l'article R 227-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles)  
[centre.accueil@mairie-briancon.fr](mailto:centre.accueil@mairie-briancon.fr)

Nom :

Prénom :

### RESPONSABLES LEGAUX DU MINEUR

PARENT 1 / **NOM & PRÉNOM** : ..... **TELEPHONE** : .....

Adresse .....

PARENT 2 / **NOM & PRÉNOM** : ..... **TELEPHONE** : .....

Adresse .....

Nom & N° Assurance extrascolaire : .....

**Autorité parentale** : Mère  Père  Autre

**Jugement** : OUI  NON  (Si oui communiquer le jugement)

### AUTORISATIONS DU MINEUR

J'autorise mon enfant (*de + 7 ans*) à rentrer **seul** après les activités et décharge le personnel du centre de toute responsabilité à compter du départ de mon enfant :

Oui à .....H.....  Non



J'autorise l'accueil de loisirs à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site Internet...) des photos et des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités.

Je refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant.

J'autorise mon enfant à rentrer avec **une tierce personne** :  Oui  Non

→ **Toute personne venant récupérer un enfant doit être muni d'une pièce d'identité.**

| NOM | PRENOM | N° DE TELEPHONE | JUSQU'À LA DATE DU : |
|-----|--------|-----------------|----------------------|
|     |        |                 |                      |
|     |        |                 |                      |
|     |        |                 |                      |
|     |        |                 |                      |

J'autorise mon enfant à être maquillé dans le cadre d'activité  Oui  Non

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé du mineur. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur [www.ville-briancon.fr](http://www.ville-briancon.fr) et m'engage à le respecter.

Dans le cadre des activités du Centre de loisirs, j'autorise le personnel à effectuer un déplacement avec mon enfant en transport en commun, dans un véhicule de service, à pied ou à vélo. Je m'engage à ne pas mettre mon enfant en cas de maladie contagieuse.

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :**