



# FICHE SANITAIRE ENFANT DE 6 à 17 ANS

## Identité enfant

- NOM : .....
- Prénom : .....
- Adresse : .....
- .....
- Date de naissance : .....
- Pointure : .....
- ☎ domicile : .....
- ☎ portable père : .....
- ☎ portable mère : .....
- E-mail parents : .....

## Identité parents

- NOM/Prénom de la mère : .....
- N° tél. travail : .....
- .....
- NOM/Prénom du père : .....
- N° tél. travail : .....
- .....
- N° de sécurité sociale : .....
- Régime : général  agricole  autre régime
- N° allocataire CAF-MSA : .....

## Informations médicales

- Opérations subies par l'enfant : .....
- Problèmes particuliers à l'enfant : .....
- Allergie(s): .....
- Les points sur lesquels il faut veiller : .....
- Traitement en cours (**joindre obligatoirement l'ordonnance**) : .....
- Les vaccins de l'enfant sont-ils à jour : oui  non
- Médecin traitant : ..... ☎ : .....
- Autorisez-vous l'enfant à être hospitalisé en cas d'accident :  
 oui  .....  
 non  .....

## Assurance

- Nom de la compagnie d'assurance : .....
- ☎ : ..... → N° contrat responsabilité civile : .....

## Droit à l'image

Autorisation d'utilisation de photo et/ou film :    oui             non

- Je soussigné(e) .....
- autorise mon enfant, ....., à rentrer seul à la maison après l'ALSH.
  - n'autorise pas mon enfant à rentrer seul. Je m'engage à venir le chercher à l'heure convenue.
- Personne(s) autorisée(s) à prendre l'enfant (autre que les parents : nom et ☎) : .....
- .....
- .....

Fait le ..... Signature

### **Documents à joindre à la présente fiche :**

- la photocopie du carnet de santé mentionnant les vaccins
- certificat médical de non contre indication à la pratique sportive (au verso)
- certificat de contre indication à la pratique sportive

La Direction

### Cadre réservé à l'équipe d'encadrement

Fiche réceptionnée le : .....

par : .....

copie à : .....

Dossier complet

Dossier incomplet  (pièce(s) manquante(s) :

.....

.....

.....