

Du 1^{er}/09/2025 au 31/08/2026

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

Enfant :

Nom :

Prénom :

☐ fille ☐ garçon

Date de naissance :

Structure d'accueil :

ALSH La Passerelle – 9 place de la Mairie – 81120 LOMBERS

Accueil de loisirs, séjours de vacances, séjours courts et activités accessoires.

Inscription à la structure de :

☐ Lombers ☐ Montredon-Labessonnié ☐ Réalmont

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil / le séjour ? ☐ oui ☐ non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non
alimentaires ☐ oui ☐ non

asthme ☐ oui ☐ non
autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles.

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Régime alimentaire : ☐ classique ☐ sans viande ☐ sans porc

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'accueil du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature du responsable légal