

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
des Centres Sociaux et Culturels
2025/2026

ENFANT

NOM				Date de naissance :	
Prénom			Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	Groupe sanguin :
Régime alimentaire : Standard <input type="checkbox"/> Sans viande porcine <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Allergie (préciser au verso) <input type="checkbox"/>					

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Qualité (mère, père, tuteur)		
NOM		
Prénom		
N° Sécurité sociale		
Ville		
Situation Familiale		
Adresse mail		
N° de téléphone fixe		
N° de téléphone Prof.		
N° de téléphone Portable		

Médecin traitant		Tél :
-------------------------	--	--------------

Je soussigné(e),
Responsable légal(e) de l'enfant, atteste que mon enfant :

- Est à jour de ses vaccinations : OUI NON

Joindre la copie du **carnet de santé** partie « vaccins ». Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccins merci de nous fournir un certificat médical de contre-indication. Le certificat médical n'est plus obligatoire.

- Peut pratiquer des activités physiques et sportives : OUI NON

Si non, lesquelles et pourquoi ?

A déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Allergie (s)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	P.A.I.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Difficultés de santé concernant l'enfant : (accidents, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...)

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---

En cas d'allergie, merci de préciser la ou lesquelles :	Conduite à tenir :
-	-
-	-

Prévention des risques liés à la chaleur : période estivale
 Durant la période estivale, nous vous demandons de bien vouloir fournir à votre enfant, chaque jour d'accueil un sac à dos avec :

- une gourde remplie d'eau
- une casquette, un chapeau, etc
- un tube de crème solaire
- un tee-shirt à manche courte (de préférence de couleur claire)

Mon enfant n'est pas allergique à la crème solaire
 J'autorise l'équipe d'encadrement à appliquer de la crème solaire à mon enfant

Précautions à prendre et recommandations utiles sur le temps de l'accueil :

Traitement médical sur le temps de l'accueil : OUI NON

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, la date de validité des médicaments doit être vérifiée*)

- Quel traitement ?	
- Ordonnance	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance)
- Posologie	

Je soussigné(e), Monsieur, Madame.....

.....
 Responsable *légal(e)* de l'enfant ci-dessus déclare :

- Exactes les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à les réactualiser si nécessaire.**
- Autoriser le directeur de l'accueil collectif de mineurs (ACM) du Centre Social à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Avoir pris connaissance qu'en cas d'accident corporel sans responsabilité de l'organisateur, les frais médicaux pouvant en résulter ne seront pas pris en charge par ce dernier.

Date :

Signature :