

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

MASCULIN  FEMININ

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.*

## ❖ ETAT DE SANTE ET PATHOLOGIES PARTICULIERES

- L'enfant prend-il un traitement médical ?

OUI  NON

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

**Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

- L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI  NON

Précisez : .....

.....

.....

.....

- La pratique d'activité physique et sportive nécessite-t-elle une adaptation particulière ?

OUI  NON

Précisez : .....

.....

.....

.....

## ❖ PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

- L'enfant dispose-t-il d'un PAI ?

OUI  NON

❖ **ALLERGIES/INTOLERANCES :**

	OUI	NON	PRECISER	REACTIONS	CONDUITE À TENIR
ASTHME					
ALIMENTAIRE					
MEDICAMENTEUSE					
AUTRES					

❖ **ACCUEIL DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP ET/OU EN BESOINS PARTICULIERS**

Si vous souhaitez que votre enfant bénéficie d'un accompagnement individuel sur les temps péri/extrascolaires, merci de vous rapprocher du service Enfance afin d'établir un PAA (Projet d'Accueil et d'Accompagnement, anciennement appelé PAP).

❖ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie :


.....  
 .....  
 .....

❖ **NOM, PRENOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :**

.....  
 .....  
 .....

❖ **AUTORISATION ACTIVITES ACM :**

- J'autorise que mon enfant participe à l'ensemble des activités prévues dans le programme d'animation
- Je n'autorise pas. Précisez : .....

 ***Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.***

Date :

Signature du responsable légal :