

FICHE SANITAIRE SECTEUR JEUNES 2025/2026

NOM			Saisi par : ____	
Prénom			Classe (2025/2026) :	Sexe : ☐ M ☐ F
Né(e) le			DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER	
Et.Scolaire			Allergies : ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses	
VACCINATIONS	Dates		Maladies :	
D. T. Polio	/ /		Autres :	
R.O.R	/ /			
RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES			MEDECIN TRAITANT	
☐ Sans ☐ Sans porc ☐ P.A.I. ☐ Végétarien ☐ Sans poisson ☐ Autre :			Nom : ☎ : / / / /	
RESPONSABLE LEGAL	☐ Parent 1		☐ Parent 2 ☐ Autre :	
Nom				
Prénom				
Adresse				
☎ fixe				
☎ portable				
Mail (du destinataire facture)			@	
Profession				
Employeur				
☎ employeur				
Date de Naissance				
N° sécurité sociale				
Situation familiale	☐ Mariés ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcés/Séparés ☐ Pacsés ☐ Union libre ☐ Célibataire			
Régime allocataire (CAF, MSA, CMAF, ERDF...)	Régime ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° Allocataire :		Régime ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° Allocataire :	
AUTORISATIONS PARENTALES				
Je soussigné(e) _____ responsable légal de _____				
- autorise (cocher la/les case(s) ci-dessous) : ☐ mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs sauf : _____. ☐ le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) ☐ le centre social à utiliser pour ses publications, ses expositions, tous documents photo, vidéo sur lesquels les membres de ma famille et moi-même peuvent être présents ☐ mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à partir de : ☐ mon enfant à quitter l'accueil de loisirs accompagné par : - Nom : Prénom : ☎ : / / / / - Nom : Prénom : ☎ : / / / / - Nom : Prénom : ☎ : / / / / - déclare (cocher les cases) : ☐ avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et périscolaires. ☐ autoriser la structure à saisir mes informations personnelles et médicales.				
Fait à La Rochelle, le			Signature du ou des responsables légaux :	