



# ANIMATION ENFANCE Bugallière

## Fiche sanitaire 2023 /2024

N° Allocataire CAF : .....  
 MONTANT QUOTIENT : .....  
 (Fournir l'attestation CAF si possible)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 Age : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Etablissement scolaire fréquenté : ..... Classe : .....  
 Bénéficiaire PAI  
 Allocataire AEEH

### VACCINATIONS

Fournir la copie de la page des vaccinations du carnet de santé (11 vaccins obligatoires\*)  
 La copie peut être faite au Centre socioculturel lors de l'inscription  
 \* Si le-la jeune n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre indication

VACCINS OBLIGATOIRES*	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole - oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DT Polio		Autres (à préciser)	
ou Tétracoq			
BCG			

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

● L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

● ALLERGIES

ASTHME	ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTEUSE	AUTRES (Préciser)
OUI NON	OUI NON	OUI NON	

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :  
 .....  
 .....

Indiquer ici les autres difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) et les précautions à prendre :  
 .....  
 .....

### Recommandations utiles des parents pour un meilleur accueil de votre enfant :

.....  
.....  
En cas d'accident, prévenir (nom, adresse et téléphone) :

.....  
Avez-vous un établissement-clinique-CHU dans lequel vous tenez que votre enfant soit conduit ?  
.....

**RESPONSABLE LÉGAL.E DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
Tél : ..... Tél travail : .....  
Tél portable : ..... Mail : .....@.....

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
Tél : ..... Tél travail : .....  
Tél portable : ..... Mail : .....@.....

**DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL :**

Je soussigné-e .....  
Responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les  
renseignements portés sur cette fiche.

**AUTORISATION PARENTALE** (Rayez les mentions si vous n'êtes pas d'accord)

Autorise l'animateur·trice :

- à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant (déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire)
- à filmer, à photographier librement mon enfant dans le cadre des activités (documents qui peuvent être diffusés sur le site internet de l'association, les réseaux sociaux, presse, plaquettes de communication)
- à administrer les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

Autorise mon enfant :

- à participer aux animations encadrées par les animateur·trice·s pendant l'année (2023-2024)
- à se déplacer dans les véhicules du centre socioculturel dans le cadre des sorties extérieures
- reconnaît la non-responsabilité de l'association dans les trajets aller-retour entre le domicile et le lieu d'activité

Si vous n'acceptez pas une de ces conditions, merci de le signaler auprès de l'équipe

FAIT À : .....

LE : .....

SIGNATURE :



**Centre Socioculturel Associatif de la Bugallière**

10 rue du pont marchand 44700 ORVAULT – 02 40 63 44 45

[famille@cscbugalliere.fr](mailto:famille@cscbugalliere.fr) – 07 82 43 64 44