

Accueil de loisirs J CLUB

Maison Gradet Poque

2 rue d'Ossun prolongée

65120 Luz Saint Sauveur

05.62.42.98.55 / 06.45.19.46.22

Mail : jclub.association@luz.org

LE CLUB DES 3-12 ANS



FICHE SANITAIRE 2025 - 2026

ALSH « Accueil de loisirs »

ALAE « Périscolaire » (matin, midi, soir)

PAI

1- **ENFANT** : NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

Garçon, Fille, Age :ans

RÉGIME ALIMENTAIRE NON OUI, lequel :

2- **RESPONSABLE LÉGAL 1 :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel portable :

Tel domicile :

Tel bureau :

Adresse mail :

.....@.....

Profession :

Situation familiale :

RESPONSABLE LÉGAL 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel portable :

Tel domicile :

Tel bureau :

Adresse mail :

.....@.....

Profession :

Situation familiale :

3- **REGIME SOCIAL :** Régime général (CAF) Régime Agricole (MSA) Autre régime

N° Sécurité Sociale de la personne qui couvre l'enfant (OBLIGATOIRE) :

N° ALLOCATAIRE (CAF, MSA) :

Dans le cadre d'une mise en place d'une tarification modulée, souhaitez-vous que l'Association J CLUB puisse accéder aux informations concernant vos revenus :

Directement auprès de la Caisse d'Allocation Familiale – N° allocataire CAF / MSA :

N°

Dans le cas de non-justification de revenus, le barème le plus élevé sera retenu.

4- **PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT :**

UN ENFANT NE PEUT PAS SORTIR SEUL DE L'ACCUEIL DE LOISIRS. LA SEULE PERSONNE AUTORISÉE A RÉCUPÉRER L'ENFANT EST SON REPRÉSENTANT LÉGAL

CELLE-CI PEUT DÉSIGNER UNE ou PLUSIEURS PERSONNES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE, ELLE DOIT ÊTRE NOMMÉE DANS LA LISTE CI-DESSOUS. LA SORTIE DE L'ENFANT SE FAIT AUX HEURES DE SORTIES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS.

Liste des personnes autorisées

Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

5- VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINS : FOURNIR LA COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ **(OBLIGATOIRE)**.

Important : SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES joindre UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

L'enfant suit-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**), une **autorisation écrite de délivrance** de médicament par l'équipe. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ENFANT BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION AEEH (Fournir notification MDPH) Oui Non

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « complément inclusif » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

MALADIES : COCHER LES MALADIES QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ EU :

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons |

ALLERGIES : ASTHME oui NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS **DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

AUTRES : L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI, (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

Si oui fournir **une copie (OBLIGATOIRE)**

6- AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à signaler par écrit toute modification importante
- Je m'engage à rembourser au J CLUB du montant des frais médicaux avancés par elle.
- J'autorise le J CLUB à fixer, reproduire, diffuser et exploiter l'image, de mon enfant en tout ou partie, en nombre illimité, à titre gracieux, en tous formats, en couleurs et / ou en noir et blanc, sur le support photo ou vidéo, notamment dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs auprès des adhérents du J CLUB.
- J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte du J CLUB pour suivre une activité d'animation.

Rappel important

Le responsable et les animateurs du J CLUB ont l'autorisation de prendre, le cas échéant, toute les mesures (traitement médial et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, sur avis médical des professionnels de la santé en cas d'incapacité de joindre les parents, **même sans accord des parental**.

Date :/...../.....

Signature du responsable légal de l'enfant :