



Fiche sanitaire Activités ADO 2025/2026

Obligatoire pour la fréquentation de l'accueil

Enfant

Nom Prénom

Date de naissance

Vaccination (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Date des derniers rappels* | Vaccins recommandés | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|--------------------------------|------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole – Oreillons – Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux

Information : L'accueil de loisirs peut accueillir des enfants qui nécessitent un accompagnement spécifique (médical, handicap divers). Pour permettre de les accueillir dans les meilleures conditions, les parents sont invités à contacter le responsable de l'accueil de loisirs.

Mon enfant présente une allergie :

| | | | | |
|-------------|--|-----|--|-----|
| ASTHME | | Oui | | Non |
| MEDICAMENT | | Oui | | Non |
| ALIMENTAIRE | | Oui | | Non |
| AUTRE | | Oui | | Non |

Si oui à l'une des allergies, merci de joindre un certificat médical

Mon enfant suit un régime alimentaire :

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

Si oui préciser.....

Je soussignéresponsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de service à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

A le

Signature du responsable légal



Fiche d'adhésion Activités ADO

Année 2025/2026

Votre enfant est-il scolarisé ?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| Oui | | Non | |
|-----|--|-----|--|

Établissement fréquenté ?

Enfant :

Nom Prénom

Date de naissance.

Parents :

Nom des parents

Adresse

Mail (**obligatoire**)@.....

Portable

Personne à contacter en cas d'urgence :

_Nom Prénom

Portable

Assurance : merci de fournir une copie de l'attestation d'assurance

Compagnie N°

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, l'autorise à participer aux activités proposées.

- certifie avoir pris connaissance du règlement, accepte les conditions d'inscription, ainsi que le fonctionnement.

- m'engage à payer les séances auxquelles mon enfant participe.

- j'autorise l'organisateur/animateur à prendre des photos ou vidéos de mon enfant, à les utiliser uniquement dans le fonctionnement interne de la structure et dans les articles de presse relatifs aux différentes activités.

- j'autorise mon enfant à :

| | | | | |
|---|--|-----|--|-----|
| Rentrer seul(e) | | Oui | | Non |
| Rentrer avec un autre parent ou autre personne Précisez nom et numéro de portable | | Oui | | Non |

Date :

Signature des parents :