



**Anduze**  
Porte des  
Cévennes

DOSSIER  
PRÉ-INSCRIPTION

2026  
2027

**ANNEXE 2**  
POUR TOUTES LES ACTIVITÉS

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

**Ce document ainsi que la photocopie du carnet de santé (pages vaccinations) ou du certificat de vaccination devront être remis.**

L'annexe 2 renseignements médicaux permet aux adultes de disposer d'informations sur l'état de santé de l'enfant.

Elle les aiguille ainsi pour assurer un suivi sanitaire rigoureux. Ce document est aussi présenté aux professionnel-le-s de santé, si l'enfant est amené à consulter un médecin.

**CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL.**

Seule l'équipe de direction et la personne en charge du suivi sanitaire des enfants sont autorisées à le lire. Si elles le jugent nécessaire, elles peuvent avertir le personnel d'animation ou le personnel de cuisine de certaines dispositions particulières (exemple : une allergie alimentaire).

Si l'enfant a une allergie ou un régime alimentaire particulier, nous vous conseillons vivement de lister les aliments interdits et les aliments autorisés, et de mettre en place un PAI.

**RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS**

Écrire en lettre capitales	1 <sup>er</sup> Enfant	2 <sup>e</sup> Enfant	3 <sup>e</sup> Enfant	4 <sup>e</sup> Enfant
NOM				
PRÉNOM				
DATE DE NAISSANCE				
LIEU DE NAISSANCE				



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX				
	1 <sup>er</sup> Enfant	2 <sup>e</sup> Enfant	3 <sup>e</sup> Enfant	4 <sup>e</sup> Enfant
Médecin traitant				
<b>ALLERGIE OU RÉGIME ALIMENTAIRE MÉDICALEMENT CONSTATÉS</b>				
Asthme	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Allergies médicamenteuses*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autres*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
*Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir				
Votre enfant a-t-il un PAI en cours ? Projet d'accueil individualisé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si Oui, je m'engage à mettre en place le PAI et précisez le type de PAI				
Type de PAI ?				
L'enfant suit-il un traitement médical ? <b>Aucun médicament ne pourra être administré</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il en situation de handicap ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <small>Si oui, merci de précisez :</small>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <small>Si oui, merci de précisez :</small>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <small>Si oui, merci de précisez :</small>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <small>Si oui, merci de précisez :</small>
Si oui, perçoit-il l'AEEH ? ( Justificatif à fournir)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pour tout accueil d'un enfant en situation de handicap ou à besoins particuliers en ALSH, un Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) sera mis en place avec notre partenaire l'association Relais Loisirs Handicap 30 (RLH30). Ce PAP nous permettra d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions.				
Votre enfant est-il suivi par une structure médico-sociale ? (CAMPS, SESSAD, CMPEA, IME,...)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il en cours de diagnostic ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

## INFORMATIONS

Autres renseignements : .....

Je soussigné(e) Mme,M. ....  
en tant que responsable légal de l'enfant, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à ....., le ...../...../20.....

Signatures du ou des représentant(s) légal(aux)

Mention « Lu et Approuvé »

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2