

## FICHE SANITAIRE ET D'AUTORISATION 2025/2026

### L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ F  M  Âge : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?** Oui  Non

Si oui, fournir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

- Rougeole : Oui  Non  ▪ Varicelle : Oui  Non  ▪ Oreillons : Oui  Non  ▪ Scarlatine : Oui  Non   
▪ Coqueluche : Oui  Non

**Allergies :**

▪ Médicamenteuses : Oui  Non  ▪ Alimentaires : Oui  Non  ▪ Autres : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

**Indiquer les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

**Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?** .....

### AUTORISATIONS

**Je soussigné(e)** Mme ou M. .... responsable légal(e) de l'enfant ..... certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des Accueils de Loisirs Intercommunaux, ainsi que du/des règlement(s) intérieur(s) du ou des A.L.E. et/ou A.L.P.

**J'autorise mon enfant :**

<input type="checkbox"/> à sortir seul de	
<input type="checkbox"/> l'accueil périscolaire (lundi-mardi-jeudi-vendredi)	à partir de .....
<input type="checkbox"/> l'accueil périscolaire (mercredi)	à partir de .....
<input type="checkbox"/> l'accueil extrascolaire (vacances)	à partir de .....
<input type="checkbox"/> à partir avec son enseignant avant la fermeture de l'A.L.P. lors de sorties scolaires, de rencontres sportives ou d'A.P.C.	

En dehors des autorisations mentionnées ci-dessus, l'enfant ne sera pas autorisé à sortir seul de l'Accueil de Loisirs.

**Rappel : un enfant de moins de 6 ans sera obligatoirement récupéré par une personne majeure signalée sur l'espace du Portail Familles.**

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités, sorties, baignades et transports collectifs organisés par les Accueils de Loisirs du Salagou Cœur d'Hérault.

J'autorise la consultation de mon dossier d'allocations familiales sur le site internet professionnel de la CAF ou de la MSA.

J'autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Déclare exacts tous les renseignements saisis dans le Portail Familles.

Je m'engage à fournir les documents nécessaires, et à me conformer aux modalités de paiement.

Je m'engage à rembourser au pôle les frais occasionnés en cas d'intervention du médecin.

### DROIT À L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

J'autorise  Je n'autorise pas la prise de/des photos de groupe et la diffusion de/des photos dans le cadre de la communication de la Communauté de communes du Clermontais (magazine, presse, plaquette thématique ou articles sur site Internet de la C.C.C., réseaux sociaux, réalisation vidéo pour les sorties et les séjours).

Fait à .....

Le .....

Signature du responsable légal  
(Précédée de la mention lu et approuvé)

Signature du responsable légal 2  
(Précédée de la mention lu et approuvé)