

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Médecin traitant : .....

- COPIE VACCINATIONS : ①  ②  ③  ④
- COPIE MALADIES « IMPORTANTES » : ①  ②  ③  ④

(dans le carnet de santé)

<b>Votre enfant suivra-t-il un traitement médical (*) ici ?</b>	<b>1</b>	Oui-Non	<b>2</b>	Oui-Non	<b>3</b>	Oui-Non	<b>4</b>	Oui-Non
<b>Votre enfant a-t-il des allergies ?</b>	<b>1</b>	Oui-Non	<b>2</b>	Oui-Non	<b>3</b>	Oui-Non	<b>4</b>	Oui-Non
<b>ASTHME</b>	<b>1</b>	Oui-Non	<b>2</b>	Oui-Non	<b>3</b>	Oui-Non	<b>4</b>	Oui-Non
<b>ALIMENTAIRES</b> Lesquelles ?	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>	
<b>MEDICAMENTEUSES</b> Lesquelles ?	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>	
<b>Quelle est la conduite à tenir ?</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>	

(\*) Si oui, merci de nous confier une ordonnance récente et les médicaments inscrits dessus (boîtes de médicaments avec leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant)

**Merci de nous remettre un certificat médical**

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant  
..... l'autorise à participer à :

- Atteste l'exactitude des renseignements donnés aux ALSH communautaires et accepte que mon enfant participe à l'ensemble des activités prévues, ainsi qu'au transport inhérent à ce programme d'activités.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur des ALSH Communautaires – Pôle Sports et Jeunesse ; j'en accepte l'ensemble des conditions.
- **Accepte que seule une personne majeure (1<sup>ère</sup> page) puisse venir chercher mon enfant.**
- Autorise mon enfant de 10 ans révolus à quitter seul l'activité ①  ②  ③  ④ 
  - → *Je signe l'autorisation annexe correspondante.*
- Autorise la Direction à prendre toutes les décisions nécessaires à la sauvegarde de mon enfant.

Fait à ....., le ...../...../.....,

Signature (s) :