

FICHE DE RENSEIGNEMENTS/SANITAIRE

Nom et prénom de l'enfant : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

✓ **Identité du responsable légal**

Indiquer en responsable légal 1, le nom à qui la facture devra être éditée

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM				
PRENOM				
ADRESSE				
CODE POSTAL				
VILLE				
TELEPHONE				
TELEPHONE PRO				
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Marié (e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié (e)	<input type="checkbox"/> Célibataire
	<input type="checkbox"/> Séparé (e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Séparé (e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)
ADRESSE MAIL				

✓ **Autres renseignements**

Régime d'Allocation Familiale :

Quotient familial :

<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA Ain-Rhône	<input type="checkbox"/> MSA Ardèche-Drôme-Loire
------------------------------	--	--

✓ **Identification de l'enfant**

NOM		Date de naissance :
PRENOM		Age :
SEXE	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon

✓ **Personne à prévenir en cas d'urgence**

NOM :		Téléphone :		Portable :	

✓ **Personne autorisée à récupérer l'enfant ou non autorisée (Si NON, merci de l'écrire en rouge)**

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

OUI NON

Un tiers à venir chercher mon enfant

NOM ET PRENOM

Portable

✓ **Autorisations**

OUI NON L'utilisation éventuelle d'images (photos, vidéos) représentant mon enfant pour illustrer les publications du centre, des reportages de la presse locale ou pour des expositions photos éventuelles, ainsi que le site internet du Centre Socioculturel Archipel

OUI NON A faire pratiquer en cas de nécessité tous les soins d'urgence, éventuellement sous anesthésie, selon les prescriptions des médecins.

OUI NON Le départ de mon enfant seul après 17h

✓ **Fiche sanitaire**

Nom du médecin traitement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone :

Lieu d'hospitalisation souhaité : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone :

Vaccinations : Joindre photocopie du carnet de vaccination

Maladie infantile : Rubéole Angine Rougeole Otite
 Coqueluche Varicelle Oreillons Scarlatine

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

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

✓ Précisez ci-après les **allergies** (Asthme ? Médicamenteuse ? Autres...) ou **régime(s) alimentaire(s) particulier(s)** de l'enfant en indiquant LA CONDUITE A TENIR :

✓ Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE :

✓ Autres(s) remarque(s) éventuelle(s) :

✓ **Attestations**

Je soussigné(e)atteste

- ✓ Avoir souscrit une assurance couvrant mon enfant dans la pratique des activités EXTRA-SCOLAIRE (justificatif à remettre)
- ✓ L'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.
- ✓ M'engager à signaler tout changement de situation au plus vite.
- ✓ Je déclare accepter les conditions générales de l'inscription et avoir pris connaissance des projets associatifs et pédagogiques de la structure.
- ✓ Je certifie avoir lu le règlement intérieur des accueils de loisirs 2020-2021 et en accepte les modalités.

Fait à

Le

Signature du ou des responsable(s) légal(aux), précédé de la mention « lu et approuvé »