

FICHE DE RENSEIGNEMENTS/SANITAIRE

Nom et prénom de l'enfant (en majuscule) : _____

✓ **Identité du responsable légal**

Indiquer en responsable légal 1, le nom du parent auquel éditer la facture

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"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
ADRESSE MAIL	_____	_____

✓ **Autres renseignements**

Régime d'Allocation Familiale :

Quotient familial :

CAF

MSA Ain-Rhône

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 d'images (photos, vidéos) représentant mon enfant pour illustrer les publications du centre, des reportages de la presse locale, ou le site internet de l'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 17h00.

✓ **Fiche sanitaire**

Nom du médecin traitement : _____

Téléphone : _____

Lieu d'hospitalisation souhaité : _____

Téléphone : _____

Vaccinations : Joindre photocopies 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 2022-2023 et en accepte les modalités.

Fait à

Le

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