

FICHE SANITAIRE 2019/2020

Accueil périscolaire matin et soir, accueil de loisirs, restaurant scolaire , en cas d'accident, l'équipe doit pouvoir prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Il est donc indispensable que vous complétiez les informations suivantes :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Sexe : F / M Nationalité _____

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : _____

RESPONSABLES	PORTABLE	DOMICILE	PROFESSIONNEL	MAIL @
Mère				
Père				
Famille d'accueil				
Autre responsable légal				

Adresse mail de contact : _____ @ _____
(important)

Régime allocataire : CAF / MSA N° Allocataire Quotient :

Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant munie(s) de sa (leur) carte d'identité :

NOMS	PRÉNOMS	LIEN DE PARENTE	TÉLÉPHONE

SANTÉ DE L'ENFANT

Antécédents : (opération, accidents,)

Problème(s) de santé : _____

Médicaments que l'enfant ne supporte pas : _____

Dernières vaccinations : DTP (diphtérie-Tétanos-Polio) le _____

Autres vaccinations : _____

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les Services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté.

ALIMENTATION :

Si votre enfant suit un régime alimentaire particulier, veuillez nous le signaler :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame _____ autorisons
L'anesthésie de notre fils/fille _____ au cas où, serait
victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir
une intervention chirurgicale.

Date et signature :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Mr et Mme _____

Parent de l'enfant _____

Autorisent l'accueil de loisirs à photographier ou à filmer mon/mes enfant(s) au
Cours des activités pour un usage interne.

Date et signature :

Je soussigné _____ autorise l'accueil de loisirs à consulter le
site de la CDAP. (pour consultation du quotient CAF et calcul de votre tarif)

Date et signature :