



# FICHE SANITAIRE

 CAF ou autre  
 Fiche sanitaire  
 N° allocataire

 VAC  
 PAI  
 Quotient familial

**PIERRE LATTE**  
 TERRA DE CURIOSITÉS EN GROUPE PÉDAGOGIQUE

**ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  GarçonEcole fréquentée : \_\_\_\_\_  Fille

### ACTIVITÉS

 ROCHER VACANCES ROCHER MERCREDI CENTRE AERE CENTRE D'ACTIVITÉS CANTINE SCOLAIRE CEL GARDERIE PERI SCOLAIRE**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Père : Nom \_\_\_\_\_

Mère : Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

*(si différente du père)*

Profession : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

N° allocataire : \_\_\_\_\_

Adresse mail :

**MAIL EN MAJUSCULE → POUR UNE MEILLEURE LECTURE**

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

l'autorise à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs. Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation, traitement médical, intervention chirurgicale, etc...). **Je m'engage à tenir les services informés si des renseignements changeaient sur cette fiche.**

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME (si différentes des parents) :**

1 : NOM \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

2 : NOM \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

3 : NOM \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### SANTÉ :

L'enfant est-il à jour de ses vaccins \* :  oui  non (joindre une copie de son carnet de santé).

\*si contre indication, joindre un certificat médical.

L'enfant a-t'il des allergies alimentaires ? :  oui  non lesquelles : \_\_\_\_\_L'enfant a-t'il des allergies : asthme ? :  oui  non ventoline sur lui :  oui  nonL'enfant a-t'il des allergies médicamenteuses ? :  oui  non lesquelles : \_\_\_\_\_L'enfant a-t'il des allergies autres ? :  oui  non lesquelles : \_\_\_\_\_

Dans ces cas de figure quelle conduite à tenir (préciser) ? \_\_\_\_\_

(Tournez SVP)

**SANTÉ :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (non valable pour les enfants de moins de 6 ans).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant est-il sujet à des crises convulsives ?  oui  non

Recommandations divers : Régimes alimentaires, maladie, problème physique, ...

Votre enfant fait-il l'objet d'un plan personnel médical à l'école ?  oui  non

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Fournir un PAI établi par le médecin traitant ou scolaire.

**AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTO DE MINEUR :**

Je soussigné ..... agissant en qualité de responsable de l'enfant

..... autorise les organisateurs à

photographier mon enfant, lors des activités de la structure et à utiliser ces prises de vues, aux fins d'une

éventuelle publication, à une ou plusieurs reprises dans la revue municipale, les journaux "Dauphiné Libéré"

ou "la Tribune", tous documents édités par la Mairie et site internet officiel de la ville.

Fait le .....

Signature

**Autorisation à rentrer seul :**

Je soussigné ..... autorise ou n'autorise pas mon enfant,

..... **à rentrer seul le soir, dans ces cas précis :**

ALSH Val des Nymphes (arrêt de car) :  oui  non

ALSH Rocher mercredi :  oui  non

ALSH Rocher (vacances) :  oui  non

ALSH Rabelais mercredis :  oui  non

ALSH Rabelais (vacances) :  oui  non

N.A.P. :  oui  non

(l'organisateur) déclinent toutes responsabilités dans la prise en charge de votre enfant.

Signature