



FICHE SANITAIRE

PIERRE LATTE
TERRE DE CURIOSITÉS EN DROME PROVÉNALE

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Ecole fréquentée :

Fille

Cadre réservé à la Mairie :

- ASS
- CAF ou autre
- Fiche sanitaire
- N° allocataire

- Paiement
- Règlement intérieur
- VAC
- PAI
- Quotient familial

ACTIVITÉS

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ROCHER VACANCES | <input type="checkbox"/> ROCHER MERCREDI | <input type="checkbox"/> CENTRE AERE |
| <input type="checkbox"/> CENTRE D'ACTIVITÉS | <input type="checkbox"/> CANTINE SCOLAIRE | <input type="checkbox"/> CEL |
| <input type="checkbox"/> GARDERIE PERI SCOLAIRE | | |

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Père : Nom

Prénom

Adresse :

Profession :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Mère : Nom

Prénom

Adresse :

(si différente du père)

Profession :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

N° allocataire :

Adresse mail :

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 PROBLÈME (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 non

L'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) :

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