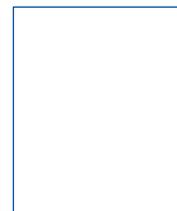


FICHE SANITAIRE - RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES VACCINS AVEC NOM, PRÉNOM
ET DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :	Âge :
Date de naissance :	Sexe : <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Garçon	Nationalité :
Adresse du domicile :		
CP : Ville :		
Handicap : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ?	
Scolarisé : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	École fréquentée : Classe :	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

<input type="radio"/> Mère	<input type="radio"/> Belle-mère	<input type="radio"/> Tutrice	<input type="radio"/> Famille d'accueil	<input type="radio"/> Mère	<input type="radio"/> Belle-mère	<input type="radio"/> Tutrice	<input type="radio"/> Famille d'accueil
<input type="radio"/> Père	<input type="radio"/> Beau-Père	<input type="radio"/> Tuteur	<input type="radio"/> Famille d'accueil	<input type="radio"/> Père	<input type="radio"/> Beau-Père	<input type="radio"/> Tuteur	<input type="radio"/> Famille d'accueil
Autorité parentale		<input type="radio"/> Mère	<input type="radio"/> Père	Autorité parentale		<input type="radio"/> Mère	<input type="radio"/> Père
Nom et Prénom :				Nom et Prénom :			
Date de naissance :				Date de naissance :			
Lieu de naissance :				Lieu de naissance :			
Adresse :				Adresse :			
CP : Ville :				CP : Ville :			
Email :				Email :			
Employeur :				Employeur :			
Téléphone domicile :				Téléphone domicile :			
Téléphone portable :				Téléphone portable :			
Téléphone travail :				Téléphone travail :			
N° CAF OU MSA (Allocataire) :				N° CAF OU MSA (Allocataire) :			
Quotient familial CAF ou MSA :				Quotient familial CAF ou MSA :			
Profession :				Profession :			
Situation de famille : <input type="radio"/> marié(e) <input type="radio"/> pacsé(e) <input type="radio"/> union libre <input type="radio"/> divorcé(e) <input type="radio"/> séparé(e) <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> veuf(ve)							
Frère(s) / Sœurs :							

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Médecin traitant :	Nom :	Téléphone :
Adresse :		
CP : Ville :		
L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si Oui, Lequel ?		
Vaccinations : joindre les photocopies avec nom, prénom et date de naissance de l'enfant <input type="radio"/> Lunettes de vue <input type="radio"/> Prothèses auditives, dentaires...		
<input type="radio"/> Antécédents médicaux (hospitalisations, problèmes de santé, contres indications à un sport, etc.)		
Recommandations :		
Allergies : <input type="radio"/> alimentaires <input type="radio"/> médicaments <input type="radio"/> asthme		
Protocole Accueil Individuel autre qu'allergie alimentaire (photocopie du PAI à joindre avec le dossier)		

RÉGIME ALIMENTAIRE

Tous types de repas Sans porc Sans viande

Protocole Accueil Individuel pour allergie alimentaire (**photocopie du PAI à joindre avec le dossier**)

ALLERGIES ALIMENTAIRES (à préciser) :

DATE DU RDV AVEC LA DIRECTION :

AUTORISATIONS

Autorise **N'autorise pas** Conformément au Règlement Général de la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'information, d'accès et de rectification aux informations de vos données personnelles et médicales qui vous concernent et concerne votre enfant.

Autorise **N'autorise pas** La direction à consulter notre dossier allocataire CDAP ou CAFPRO pour le calcul des tarifs à l'accueil de loisirs.

Autorise **N'autorise pas** Le personnel à sortir l'enfant de l'enceinte de la structure et à transporter ou à faire transporter l'enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

Autorise **N'autorise pas** Le personnel à photographier ou filmer (presse, blog, facebook) l'enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.

Autorise **N'autorise pas** L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant l'enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).

Autorise **N'autorise pas** Le personnel à administrer à l'enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin (pour PAI) et sur présentation de l'ordonnance ou sur présentation d'une ordonnance fournie par mes soins.

Autorise **N'autorise pas** En tant que responsable légal, j'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités

Si l'enfant n'est pas autorisé à rentrer seul, répertorier dans le tableau ci-dessous les adultes autorisés à venir chercher l'enfant :

NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant

En signant ce document, je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs et à signaler tous changements de situations : familiale, adresse du domicile, numéros de téléphones, etc.

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

(nom et prénom du représentant légal de l'enfant)