



FICHE SANITAIRE

VALABLE UNE ANNEE A COMPTER DU :

PHOTO
de l'année et
de bonne
qualité

ENFANT

Nom : Prénom : Fille Garçon
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Taille : Pointure :
N° Sécurité Sociale (auquel l'enfant est affilié) : N° CAF :
Assurance extra - scolaire n° Compagnie d'assurance :

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
CP : Ville :
☎ domicile :/...../...../...../.....
☎ prof. :/...../...../...../.....
☎ portable :/...../...../...../.....
@ :
Profession :
Employeur :

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
CP : Ville :
☎ domicile :/...../...../...../.....
☎ prof. :/...../...../...../.....
☎ portable :/...../...../...../.....
@ :
Profession :
Employeur :

Personne à prévenir en cas d'urgence : } / / / /
Situation familiale : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)/ Séparé(e) Concubinage Pacsé(e) Veuf(ve)

AUTRES RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

ALLERGIE / MALADIE

L'enfant souffre-t-il d'une allergie ou autre pathologie ?
 oui non
Précisez :
Veuillez retirer à l'accueil un protocole à compléter à défaut, merci de cocher « sans protocole »
 SANS PROTOCOLE

TRAITEMENT

Si l'enfant a un traitement en cours, remettez les médicaments au directeur du centre en joignant :

- Copie de l'ordonnance,
- Médicaments dans leur emballage sur lequel figure la posologie et le nom de l'enfant
- Autorisation écrite par le responsable de l'enfant.

RÉGIME ALIMENTAIRE

Repas du jour
 Repas sans viande
 Sans repas

AUTRES INFORMATIONS

.....
.....
*N'hésitez pas à prendre rendez-vous avec le directeur pour toute pathologie physique ou psychologique.

Attention : encore trop de parents ne nous signalent pas diverses pathologies dont peuvent souffrir leurs enfants, liées à un traumatisme physique, psychique ou moral, nécessitant ou non d'un traitement, mais qui peuvent avoir des conséquences sur la sécurité des enfants.

Médecin Traitant :

Adresse : Code Postal : Commune :

☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ portable :/...../...../...../.....

AUTORISATIONS

- ♦ Autorise mon enfant (uniquement les collégiens) à rentrer seul à son domicile aux horaires définis lors de l'inscription en cours oui non
- ♦ Autorise l'encadrement à faire soigner mon enfant, à administrer les médicaments lors d'un traitement médicamenteux et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins oui non
- ♦ Autorise la pratique d'activités sportives oui non
- ♦ Autorise l'envoi des factures par mail oui non (à défaut, disponible à l'accueil)

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX)

M - Mme ☎/...../...../...../..... Lien de parenté :

M - Mme ☎/...../...../...../..... Lien de parenté :

M - Mme ☎/...../...../...../..... Lien de parenté :

M - Mme ☎/...../...../...../..... Lien de parenté :

Assurance

Votre enfant est couvert par votre assurance extra-scolaire. L'association est couverte par la MAIF de Mulhouse sous le n°2634198A. Par application de la loi du 06/07/2000 (article 37 et 38) il vous est possible de souscrire une assurance corporelle renforcée en complément de votre assurance. La MAIF vous propose un contrat I.A SPORT. Site www.maif.fr.

Je reconnais avoir pris connaissance de la proposition d'assurance de personne.

NOTA : lors de chaque inscription, veuillez vous munir des documents suivants :

- Une photo d'identité de l'enfant récente et de bonne qualité,
- Une attestation d'assurance extra-scolaire de l'année en cours,
- Une photocopie des certificats de vaccination à jour,
- L'original du dernier avis d'imposition.
- Une copie de facture de moins de trois mois d'EDF, téléphone fixe, eau ou un certificat de domicile.
- L'autorisation de sortie du territoire avec copie recto-verso de la pièce d'identité du signataire.

Uniquement pour le périscolaire :

- La dernière fiche de paie de chaque parent, ou une attestation de l'employeur ou de pôle emploi.
- Pour les familles ayant obtenu une dérogation, le courrier d'acceptation de la dérogation, signé par le maire.
- Pour les nouveaux inscrits : le certificat de scolarisation

Prise en charge

L'obligation de surveillance débute dès l'instant où l'enfant est remis à l'animateur ; elle cesse lorsque l'enfant quitte nos activités avec un parent, une personne autorisée et mentionnée sur le présent document, ou seul après l'horaire prévu à l'inscription journalière pour les enfants de plus de 12 ans uniquement.

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document et certifie prendre connaissance du règlement intérieur modifié régulièrement et affiché dans l'entrée des structures ou sur le site internet. Je prends également connaissance du projet éducatif de l'association et des projets pédagogiques des accueils, tous disponibles au secrétariat. Je m'engage à signaler très rapidement et par écrit tout changement physique ou psychologique concernant l'enfant ou son entourage, susceptible d'engendrer un suivi particulièrement attentif en cours d'année.

Fait à, le/...../ 202...
Signature