



**Quotient Familial :**  
.....

**N° Allocataire CAF :**  
.....

**FICHE SANITAIRE**  
**Pièces à fournir impérativement :**

- Attestation carte vitale (et non la carte verte)
- Justificatif des vaccins (photocopie du carnet de santé ou de vaccination)
- Attestation CAF et dernière notification des ressources

- CAMP**
- ALSH**
- LALP**
- Périscolaire**
- Aide aux devoirs**

**L'ENFANT**

**Etat Civil**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ...../...../..... à .....  
Nationalité : ..... Sexe : M  F

- Habitant le quartier Trois Baudets/Lionderie
- Hémois hors quartiers Trois Baudets/Lionderie
- Non Hémois

Etablissement scolaire fréquenté : .....  
Classe : .....

L'enfant sait-il nager ? Oui  Non

Régime alimentaire de l'enfant :  
 Avec Viande non Hallal  Sans Viande

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

(Cocher les maladies que l'enfant a déjà eu)

- |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> Otite      | <input type="checkbox"/> Oreillons  |
| <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> Asthme     | <input type="checkbox"/> Rougeole   |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme |                                     |                                     |

Difficultés de santé à signaler ou Recommandations :

.....  
.....

Allergies : Oui  Non  Préciser : .....

Traitement en cours : Oui  Non  Préciser : .....

Médecin Traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

**Responsable n°1 :**  Père  Mère  Tuteur (à préciser) .....

**Situation familiale :**  Marié(e)  Célibataire  Union libre  Séparé(e)

Veuf(ve)  Divorcé(e)  Famille Monoparentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Tél (domicile) : ..... Tél (portable) : .....

Email : ..... @ .....

Profession : .....

Employeur : ..... Tél (pro) : .....

Nombre d'enfants à charge au foyer : ..... N° Allocataire CAF : .....

Caisse d'allocation familiale de : ..... QF : .....

Caisse de sécurité sociale de : .....

N° d'immatriculation couvrant l'enfant : .....

Mutuelle (nom et adresse) : .....

**Responsable n°2 :**  Père  Mère  Tuteur (à préciser) .....

**Situation familiale :**  Marié(e)  Célibataire  Union libre  Séparé(e)

Veuf(ve)  Divorcé(e)  Famille Monoparentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Tél (domicile) : ..... Tél (portable) : .....

Email : ..... @ .....

Profession : .....

Employeur : ..... Tél (pro) : .....

N° Mutualiste : .....

Assurance couvrant l'enfant : .....

Assurance responsabilité civile :  Oui  Non

Assurance extra scolaire\* :  Oui  Non

Si oui, préciser le nom et le n° de la police d'assurance : .....

**AUTORISATIONS DE PRISE EN CHARGE**

- ✓ Autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures médicales et chirurgicales (y compris anesthésie) d'urgence reconnues nécessaire.
- ✓ M'engage à prendre en charge les frais nécessités par le traitement, en cas de maladie, accident ou hospitalisation.
- ✓ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer les éventuelles modifications à y apporter.
- ✓ Déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions générales inscription au centre.

- ✓ Autorise la personne si dessous à récupérer mon enfant au sein de l'Espace de Vie Saint-Exupéry :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

✓ Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison :  Oui  Non

✓ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées par le centre, y compris la piscine :  Oui  Non

**DROIT A L'IMAGE**

- ✓ Accepte que les membres de l'Association Espace de Vie Saint-Exupéry photographient et filment mon enfant, tout en respectant les dispositions au droit à l'image et au droit au nom.  Oui  Non

- ✓ J'autorise à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et films de mon enfant (en intégralité ou partiellement) sur des supports de communication.  Oui  Non

Fait à Hem le .....

Signature :

**Espace de Vie Saint-Exupéry**

5 allée Saint-Exupéry – 59510 HEM – Tél : 03.20.66.23.20 – Email : [accueil@espacevie-hem.fr](mailto:accueil@espacevie-hem.fr)

Association Loi de 1901 – SIRET : 432 468 650 000 10 – APE : 8899 B

Document à ne pas jeter sur la voie publique.