



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

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

Document à ne pas jeter sur la voie publique.