

FICHE SANITAIRE CENTRES DE LOISIRS

Pièces à fournir impérativement

- L'attestation vitale (et non la carte verte)
- Attestation quotient Familial (Caf)
- Justificatif des vaccins (photocopie du carnet de sante ou de vaccination)

L'ENFANT

Etat civil

NOM :
Prénom :
Né(e) le : à
Nationalité : Sexe : M F

Etablissement scolaire fréquenté :
Classe :

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Renseignements médicaux concernant l'enfant

(cocher les maladies que l'enfant a déjà eues)

Rubéole Coqueluche Scarlatine
 Varicelle Otite Oreillons
 Angine Asthme Rougeole
 Rhumatisme

Difficultés de santé à signaler - Recommandations :

.....
Allergies ? : Oui Non préciser :

Enfant en traitement ? : 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) Monoparentale

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. : (Domicile) Tél. : (Portable)

Email :@.....

Profession :

Employeur :

Tél :

Responsable n° 2 : Père Mère

Tuteur (à préciser) :

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Union libre

Séparé (e) Veuf (ve) Divorcé(e) Monoparentale

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. : (Domicile) Tél. : (Portable)

Email :@.....

Profession :

Employeur :

Tél :

Autorisations de prise en charge

Autorise la personne ci-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 activités et sorties proposées par le centre, y compris la piscine : **Oui** **Non**

Droit à l'image

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

Fait à Hem, le :

Nombre d'enfants à charge au foyer :

Caisse de Sécurité Sociale de :

N° immatriculation couvrant l'enfant :

Caisse d'Allocations Familiales de :

Q.F. :

Adresse :

.....

N° allocataire :

Mutuelle (Nom et adresse) :

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 police d'assurance :

.....

*Il est fortement conseillé aux familles de souscrire une assurance extra scolaire

Autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures médicales et chirurgicales (y compris l'anesthésie) d'urgence reconnues nécessaires.

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 d'inscription au centre.

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**

Signature