

# FICHE SANITAIRE 2014 2015

Accueil périscolaire, accueil de loisirs, aide aux devoirs, T.A.P.E.

**En cas d'accident, l'équipe doit prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Il est donc indispensable que vous complétiez les informations suivantes.**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

.....

N° de sécurité sociale de l'ayant droit : .....

Téléphone du domicile de la mère : ..... du père : .....

Tél portable des parents de la mère : ..... du père : .....

Tél professionnel de la mère : ..... du père : .....

Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

.....

**QF et N° allocataire** (pas besoin pour les T.A.P.E.):

.....

## SANTE DE L'ENFANT

Antécédents (opération, accidents,...) :

Problème(s) de santé :

.....

Médicaments que l'enfant ne supporte pas :

.....

Dernières vaccinations :

DTP (diphtérie-Tétanos-Polio) le : .....

Autres vaccinations : .....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

.....

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital plus adapté. La famille est alors immédiatement avertie.

## ALIMENTATION

Si votre enfant suit un régime alimentaire particulier veuillez nous le signaler, vous en discuterez avec le responsable de l'activité et des repas ou goûters adaptés pourront peut-être lui être proposés (sinon des solutions seront réfléchies ensemble)

.....

.....

**Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant munie(s) de sa (leur) carte d'identité :**

Noms	Prénom	Adresse	Téléphone

**NB** : hormis les parents de l'enfant, seules les personnes majeures dûment mentionnées sont autorisées à chercher l'enfant.

Mon enfant est autorisé à sortir seul **oui** **non**

---

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention Chirurgicale.

Date et signature :

---

### DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Mr et Mme .....  
Parent de l'enfant .....  
Autorisent l'accueil de loisirs à photographier ou à filmer mon/mes enfant(s) au cours d'activités et à utiliser ces clichés sur les supports suivants : tracts, affiches, plaquettes, site Internet du centre socioculturel ou lors de diffusions dans la presse.

Date et signature :

---

### ACCORD ET SIGNATURE DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

NOM, prénom de (des) enfant(s) : .....

Fait à.....Le.....

NOM, Prénom du responsable de (des) enfant(s) : .....

Date et signature :

---

Je soussigné ..... autorise le centre socioculturel à consulter le site de CAF PRO le cas échéant.

Date et signature :