



FICHE SANITAIRE
 Accueil de Loisirs d'Artagnan
 « les mousquetaires »
 (Périscolaire, TAP et extrascolaire)
 Année scolaire 2017-2018

***ENFANT :**

NOM : Sexe: Fille Garçon
Prénom : **Date de naissance :**/...../..... **AGE :**
Classe :

***N° allocataire CAF / MSA :** *(obligatoire pour la déclaration)*
 Changement de situation par rapport année 2016/2017 Oui Non

Médecin traitant : NOM : VILLE :
 Téléphone :
 Personnes à prévenir en cas d'urgence : NOM : Tél :
 Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

***RESPONSABLE :**

Père Mère Autre. Préciser :

***PERE :**

NOM : **Date de naissance :**
Prénom : **Profession :**
Adresse :
CP : **VILLE :**
Tél : **Tél professionnel :**
Mail @ : **Employeur :**

*** MERE :**

NOM : **Date de naissance ;**
Prénom : **Profession :**
Adresse :
CP : **VILLE :**
Tél : **Tél professionnel :**
Mail @ : **Employeur :**

***AUTRE :**

NOM : **Date de naissance :**
Prénom : **Profession :**
Adresse :
CP : **VILLE :**
Tél : **Tél professionnel :**

***AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE :**

Je soussigné(e), responsable de l'enfant désigné ci-dessus, déclare :
 avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre de loisirs (*horaires, adhésion, responsabilités...*),
 décharger les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement,
 autoriser ne pas autoriser mon enfant à sortir **seul** du centre à partir de heures, —>



FICHE SANITAIRE
 Accueil de Loisirs d'Artagnan
 « les mousquetaires »
 (Périscolaire, TAP et extrascolaire)
 Année scolaire 2017-2018

***ENFANT :**

NOM : Sexe: Fille Garçon
Prénom : **Date de naissance :**/...../..... **AGE :**
Classe :

***N° allocataire CAF / MSA :** *(obligatoire pour la déclaration)*
 Changement de situation par rapport année 2016/2017 Oui Non

Médecin traitant : NOM : VILLE :
 Téléphone :
 Personnes à prévenir en cas d'urgence : NOM : Tél :
 Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

***RESPONSABLE :**

Père Mère Autre. Préciser :

***PERE :**

NOM : **Date de naissance :**
Prénom : **Profession :**
Adresse :
CP : **VILLE :**
Tél : **Tél professionnel :**
Mail @ : **Employeur :**

*** MERE :**

NOM : **Date de naissance ;**
Prénom : **Profession :**
Adresse :
CP : **VILLE :**
Tél : **Tél professionnel :**
Mail @ : **Employeur :**

***AUTRE :**

NOM : **Date de naissance :**
Prénom : **Profession :**
Adresse :
CP : **VILLE :**
Tél : **Tél professionnel :**

***AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE :**

Je soussigné(e), responsable de l'enfant désigné ci-dessus, déclare :
 avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre de loisirs (*horaires, adhésion, responsabilités...*),
 décharger les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement,
 autoriser ne pas autoriser mon enfant à sortir **seul** du centre à partir de heures, —>

autoriser mon enfant à participer à toutes les activités dans le cadre de l'accueil de loisirs (sauf indication particulière à signaler),

autoriser le directeur ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (hospitalisation, opération ...)

autoriser le directeur ou l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant. →

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et ne saurait être administré par un personnel du centre de loisirs.

Régime alimentaire particulier ?

GROUPE SANGUIN :

***ALLERGIES :**

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

***RECOMMANDATIONS UTILES :**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser :

Contre-indication pour la pratique d'activités sportives ? oui non

***Merci de joindre à cette fiche les documents suivants :**

- la photocopie des vaccins du carnet de santé

- l'assurance extrascolaire de votre enfant.

***Merci de préciser la participation de votre enfant aux services proposés**

Périscolaire :

Repas (périscolaire) oui non

Accueil du soir et/ou matin oui non

Mercredis après-midi oui non

Temps d'activité périscolaire TAP oui non

Extrascolaire :

Vacances oui non

Repas oui non

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements ci-dessus

Fait Le/...../.....

***Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé »)



autoriser mon enfant à participer à toutes les activités dans le cadre de l'accueil de loisirs (sauf indication particulière à signaler),

autoriser le directeur ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (hospitalisation, opération ...)

autoriser le directeur ou l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant. →

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et ne saurait être administré par un personnel du centre de loisirs.

Régime alimentaire particulier ?

GROUPE SANGUIN :

***ALLERGIES :**

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

***RECOMMANDATIONS UTILES :**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser :

Contre-indication pour la pratique d'activités sportives ? oui non

***Merci de joindre à cette fiche les documents suivants :**

- la photocopie des vaccins du carnet de santé

- l'assurance extrascolaire de votre enfant.

***Merci de préciser la participation de votre enfant aux services proposés**

Périscolaire :

Repas (périscolaire) oui non

Accueil du soir et/ou matin oui non

Mercredis après-midi oui non

Temps d'activité périscolaire TAP oui non

Extrascolaire :

Vacances oui non

Repas oui non

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements ci-dessus

Fait Le/...../.....

***Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé »)

