

FICHE SANITAIRE 2022

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / 20_____




FILLE GARÇON ECOLE : _____

1 - ADMINISTRATIF

RESPONSABLES DE L'ENFANT

● NOM PRÉNOM


Mère Père Tuteur

 TÉL. PERSONNEL ou PROFESSIONNEL :

Et/ou

● NOM PRÉNOM

Mère Père Tuteur

 TÉL. PERSONNEL ou PROFESSIONNEL :

2 - AUTORISATIONS

Mon enfant part SEUL OUI NON (à partir de 8 ans)

Les responsables légaux autorisent, la (les) personne(s) majeurs ci-dessous, à venir chercher l'enfant à la sortie des activités

Nom Prénom Nom Prénom

! Le cas échéant personne **interdite** : Nom Prénom (Fournir copie du jugement)

OUI NON Autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant à des fins d'animations et d'illustrations promotionnelles et/ou informatives de ses activités (en **interne** : affichage dans les locaux, photos souvenirs données aux familles ou **externe** : plaquettes associations, journaux, blog, site internet...) – *au besoin rayer interne et/ou externe.*

3 - INFOS DIVERSES

Repas SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES ALIMENTAIRES oui non **joindre le PAI**

PISCINE : Sait Nager OUI NON

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence Oui non

Si oui **joindre** une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)



LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, allergies, asthme, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation)

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non **joindre un protocole** (PAI ou ordonnance médecin détaillée)

Précisez la cause, les précautions et la conduite à tenir. Ce qui pourrait nous aider dans l'accueil de votre enfant.
Joindre une feuille supplémentaire au besoin

Recommandations utiles des parents : lunettes, lentilles, prothèse auditive, prothèse dentaires ...

NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....
NOM DE LA MUTUELLE
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Groupe Sanguin si connu



Contact en cas d'urgence si autre que les responsables légaux :

Nom Prénom tél qualité.....
Nom Prénom tél qualité.....

VACCINATIONS

joindre la copie des pages de vaccinations

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétra coq)
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI précisez :

5 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Je soussignée, Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

OUI NON Autorise l'association à mettre à jour mon quotient familial via le site professionnel de la CAF (MSA fournir une attestation annuelle en avril)

- En inscrivant mon enfant j'autorise l'association à transporter mon enfant vers les lieux d'activités (car, minibus, véhicule du personnel autorisé par l'association).
- J'autorise, en inscrivant mon enfant école au périscolaire du soir, l'association à le récupérer dans son école sur Lamastre (information faite au directeur.trice d'école).
- Je certifie avoir communiqué à l'association tout changement familial ou professionnel depuis l'année précédente, je fournis une attestation de responsabilité civile pour cette année et j'ai connaissance du règlement de fonctionnement (consultable sur le site internet).

Les données recueillies par le biais de ce formulaire sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à un tiers. Les données saisies sur ce formulaire sont conservées pour la durée de l'année civile. Le responsable du traitement est la présidente de l'Association La Ribambelle.

Les destinataires de ces données sont l'équipe du Centre de loisirs de l'Association (animateurs permanents et vacataires).

Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci en vous adressant à : Mr ou Mme Le ou la Président.e, La Ribambelle 2 impasse des écoles 07270 Lamastre ou par courriel à laribambelle.lamastre@orange.fr

A Lamastre le : /2022

Dans le cadre du RGPD (protection des données)
Cette fiche sera détruite tous les ans au 31 décembre,
elle devra être refaite au renouvellement d'adhésion.