



## FICHE SANITAIRE 2020-2021

Accueil périscolaire matin, midi et soir, accueil de loisirs, accompagnement à la scolarité.  
**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 du parent 1 : ..... du parent 2.....

Tél portable du parent 1 : .....du parent 2 : .....

Tél professionnel du parent 1: .....du parent 2 : .....

Tel de la famille d'accueil : .....

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

**QF et N° allocataire : .....**

### 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 le 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** à partir de..... heures

---

### 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), Monsieur et/ou Madame ..... parent de l'enfant ..... autorise l'accueil de loisirs à photographier ou à filmer mon enfant 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 et prénom de l'enfant : .....

Fait à ..... Le : .....

Nom et prénom du responsable de l'enfant : .....

Date et signature :

---