

FICHE SANITAIRE ARC-EN-CIEL

Réservé au personnel de la structure.
DATE D'INSCRIPTION FICHE

1) RENSEIGNEMENT ENFANT:

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

2) RENSEIGNEMENT FAMILLE :

SITUATION FAMILIALE :

RESPONSABLE : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

MAIL :

Tel. Domicile : Tel ; professionnel :

Tel. portable : N° de poste :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécu :

☐ Régime général ☐ Régime spécial ☐ Régime particulier ☐ MSA

☐ Fonction publique ☐ Etrangers ☐ Autres

Centre CAF : N°CAF : Quotient familial :

(joindre le justificatif)

Profession : Employeur :

DATE DE NAISSANCE :

CONJOINT : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tel. Domicile : Tel ; professionnel :

Tel. Portable : N° de poste :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécu :

Profession : Employeur :

DATE DE NAISSANCE :

3) AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant, si l'enfant est autorisé à rentrer seul, le préciser dans le tableau :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone

J'autorise mon enfant à rentrer seul : ☐ OUI ☐ NON

4) CONTRAINTES ALIMENTAIRES :

5) VACCINATIONS: (remplir le tableau et joindre les photocopies du carnet de santé)

Vaccins	Dates des derniers rappels	Vaccins	Dates des derniers rappels
Diphtérie		Monotest	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
Ou DT polio		R.O.R	
Ou Tetracoq		Autres	
B.C.G			

6) MALADIES INFANTILES :

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NON	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7) RENSEIGNEMENTS SUR LES ALLERGIES:

☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autre

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Si allergie, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Si automédication le signaler :

Indiquez les difficultés de santé de l'enfant. Maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles. L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire

8) AUTRES OBSERVATIONS :

Indiquez toutes informations que vous considérez importantes pour le suivi de votre enfant :

9) MISE EN RELATION AVEC D'AUTRES FAMILLES :

J'accepte de partager mon adresse et mon numéro de téléphone à d'autres familles pour faciliter le covoiturage*

Oui ☐ Non ☐

*L'organisation de covoiturage relève de la responsabilité individuelle. L'Arc En Ciel se décharge de toute responsabilité en cas de litige.

10) AUTORISATION PARENTALE :**Je m'engage :**

- A rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- A mettre à mon enfant des vêtements adaptés aux activités proposées.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les conditions.

J'autorise mon enfant :

- A être photographié ou filmé :
 - Pour une diffusion limitée aux activités de l'association
 - Pour la presse
- A participer aux activités organisées par l'association (transport y compris).
- A circuler en autonomie lors des activités organisées.
- A utiliser les navettes mises à disposition par la structure.

Je soussigné _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : _____ Le : _____