

# FICHE SANITAIRE ARC-EN-CIEL

Cadre réservé au personnel de la structure.

☐ PAI ☐ Allergie ☐ Régime alimentaire

☐ QF ☐ CAUTION ☐ VACCINS

DATE D'INSCRIPTION FICHE

MISE A JOUR

## 1) RENSEIGNEMENT ENFANT:

NOM :  Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

## 2) RENSEIGNEMENT FAMILLE :

SITUATION FAMILIALE :

Responsable 1 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:  (joindre le justificatif)

Profession :  Employeur :

DATE DE NAISSANCE :

Responsable 2 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J'autorise mon enfant à rentrer seul\* : ☐ OUI ☐ NON \*Une trace écrite par période devra être fournie en citant les jours concernés

## 4) CONTRAINTES ALIMENTAIRES (sans porc, sans viande etc...)

## 5) VACCINATIONS: (joindre les photocopies du carnet de santé au dossier)

☐ J'atteste joindre une copie des vaccins au dossier

## 6) RENSEIGNEMENTS SUR LES TRAITEMENTS / ALLERGIES

Mon enfant a un PAI : ☐ Oui ☐ Non

Mon enfant suit un traitement médical régulier ☐ 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).

Mon enfant a une ou des allergie(s) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

☐ Alimentaire

☐ Médicamenteuse

☐ Autre

Si allergie/PAI/traitement, précisez la cause et la conduite à tenir :


### Autres renseignements

N'hésitez pas à nous communiquer les éléments qui vous paraissent importants (port de lunettes, d'appareil auditif, d'appareil dentaire, consignes alimentaires) en précisant la conduite à tenir, ainsi que les difficultés de santé de l'enfant:


## 7) AUTRES OBSERVATIONS :

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


## 8) 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.

## 9) 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 :

**Vous devez obligatoirement joindre à ce dossier :**

Une photocopie du carnet de vaccination

Un chèque de caution de 200 euros  
Attestation de quotient familial