

FICHE SANITAIRE ARCENTIEL

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 :

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

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:

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

7) AUTRES OBSERVATIONS :

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

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

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