

# FICHE SANITAIRE ARCEN-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 :

Responsable 1 NOM :  PRENOM :

ADRESSE :

SITUATION FAMILIALE :  DATE DE NAISSANCE :

MAIL :

Tel. Domicile :  Tel professionnel :

Tel. portable :

Numéro de sécurité sociale :

N°CAF:  (joindre le justificatif)

Profession :  Employeur :

Responsable 2 NOM :  PRENOM :

ADRESSE :

Tel. Domicile :  DATE DE NAISSANCE :

Tel. Portable :  Tel professionnel :

Numéro de sécurité sociale :

Profession :  Employeur :

### 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"/>
<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 :

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

## 7) AUTRES OBSERVATIONS

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:

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

## 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