

FICHE SANITAIRE ARC-ENCIEL

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