archipel
CENTRE SOCIOCULTUREL

Accueil de loisirs Centre Socioculturel Archipel

FICHE DE RENSEIGNEMENTS/SANITAIRE

Nom et prénom de l'enfant : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

✓ Identité du responsable légal

Indiquer en responsable légal 1, le nom à qui la facture devra être éditée

	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
PRENOM	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ADRESSE	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
CODE POSTAL	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
VILLE	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
TELEPHONE	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
TELEPHONE PRO	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
SITUATION FAMILIALE	☐Marié (e) ☐Célibataire ☐Séparé (e) ☐Divorcé(e) ☐Veuf(ve) ☐Pacsé(e)	☐Marié (e) ☐Célibataire ☐Séparé (e) ☐Divorcé(e) ☐Veuf(ve) ☐Pacsé(e)
ADRESSE MAIL	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

✓ Autres renseignements

Régime d'Allocation Familiale :

☐ CAF ☐ MSA Ain-Rhône ☐ MSA Ardèche-Drôme-Loire

Quotient familial :

✓ Identification de l'enfant

NOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

PRENOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Age : |__|__|

SEXE ☐ Fille ☐ Garçon

✓ Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM :	Téléphone :	Portable :
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

✓ Personne autorisée à récupérer l'enfant ou non autorisée *(Si NON, merci de l'écrire en rouge)*

Je soussigné(e) ……responsable de l'enfant, **autorise :**

☐ OUI ☐ NON

Un tiers à venir chercher mon enfant

NOM ET PRENOM	Portable
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

✓ Autorisations

☐ OUI ☐NON	L'utilisation éventuelle d'images (photos, vidéos) représentant mon enfant pour illustrer les publications du centre, des reportages de la presse locale ou pour des expositions photos éventuelles, ainsi que le site internet du Centre Socioculturel Archipel
☐ OUI ☐NON	A faire pratiquer en cas de nécessité tous les soins d'urgence, éventuellement sous anesthésie, selon les prescriptions des médecins.
☐ OUI ☐NON	Le départ de mon enfant seul après 17h

✓ Fiche sanitaire

Nom du médecin traitement : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Téléphone :

Lieu d'hospitalisation souhaité : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Téléphone :

<u>Vaccinations :</u> Joindre photocopie du carnet de vaccination

<u>Maladie infantile :</u>	☐ Rubéole	☐ Angine	☐ Rougeole	☐ Otite
	☐ Coqueluche	☐ Varicelle	☐ Oreillons	☐ Scarlatine

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

<u>Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance</u>

✓ Précisez ci-après les **allergies** (Asthme ? Médicamenteuse ? Autres…) ou **régime(s) alimentaire(s) particulier(s)** de l'enfant en indiquant LA CONDUITE A TENIR :

……

✓ Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE :

……

✓ Autres(s) remarque(s) éventuelle(s) :

……

✓ Attestations

Je soussigné(e) ……**atteste**

- ✓ Avoir souscrit une assurance couvrant mon enfant dans la pratique des activités EXTRA-SCOLAIRE (justificatif à remettre)
- ✓ L'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.
- ✓ M'engager à signaler tout changement de situation au plus vite.
- ✓ Je déclare accepter les conditions générales de l'inscription et avoir pris connaissance des projets associatifs et pédagogiques de la structure.
- ✓ Je certifie avoir lu le règlement intérieur des accueils de loisirs 2021-2022 et en accepte les modalités.

Fait à Le

Signature du ou des responsable(s) légal(aux), précédé de la mention « lu et approuvé »