



**ASSOCIATION
POUR L'ANIMATION, LA COEDUCATION
ET LE DEVELOPPEMENT RURAL**

FIGHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

Année : 2018 / 2019

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

SEXE : M F

VACCINATIONS

Joindre une photocopie du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

ALLERGIES

Alimentaires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles
Autres (animaux, plantes...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

.....
.....
.....

LA FAMILLE

IL EST IMPORTANT DE REMPLIR TOUTES LES CASES

		Responsable/Parent 1	Responsable/Parent 2
NOM			
PRENOM			
ADRESSE DOMICILE			
ADRESSE MAIL			
TELEPHONE	DOMICILE		
	TRAVAIL		

En cas d'urgence, joindre les personnes aux numéros notés ci-dessus ou encore les personnes suivantes :

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	NUMERO DOMICILE	NUMERO MOBILE

Nom du Médecin traitant : _____ Ville : _____ Tél : ____/____/____/____/____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Exerce l'autorité parentale : PERE MERE

En cas de séparation des parents, nous fournir une photocopie du jugement concernant l'exercice de l'autorité parentale ou la possession de la garde de l'enfant.

Régime de prestations familiales :

Ces renseignements sont destinés au calcul de statistiques pour les différents partenaires (CAF, MSA...) qui permettent à l'association de justifier ses subventions.

N° Allocataire CAF MSA Autres

régimes Quotient familial :

Bénéficiez-vous de bons vacances ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'une autre aide ? OUI NON Si oui, laquelle ?

Autorisons l'association à consulter mon quotient familial sur CAFPro* OUI NON

*CAFPro est un serveur permettant l'unique consultation du quotient familial de la famille. Seul le Président et la direction sont autorisés à consulter ce serveur.

AUTORISATIONS

	OUI	NON
Autorisons la diffusion d'une photo de groupe où apparait notre/nos enfant (s) (y compris réseaux sociaux, site web....)		
Autorisons l'enfant à aller à la piscine pour se baigner et à pratiquer les diverses activités prévues au cours du centre		
Autorisons l'équipe d'animation à véhiculer l'enfant pour les activités extérieures au centre (mini bus)		
Autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à présenter l'enfant à un médecin, de préférence le médecin de famille (indiquer les coordonnées) : <i>Et à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)</i>		
Autorisons l'enfant à quitter l'accueil avec les personnes suivantes :		
.....		
.....		

Nous soussignons Parents ou tuteurs
de l'enfant

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

- Reconnaissons également avoir été informés de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels pouvant résulter des activités auxquelles participent notre enfant (Assurance individuelle Accident).

- Reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

A..... Le / /

Signature des parents ou du tuteur précédé de la mention « Lu et approuvé »