**FICHE SANITAIRE 2021/2022**

**Accueil Périscolaire Communal**

**de Saint Joseph de Rivière**

****

**periscolaire.mairiestjo@orange.fr**

**Mairie**

**2 place de la mairie**

**38134 St Joseph de Rivière**

**ACCUEIL DE LOISIRS**

**Association « Le sac à Jouets »**

****

**7 place de la Mairie**

**38134 St Joseph de Rivière**

**bureau.lesacajouets@gmail.com****"**

**04.76.37.14.23.**

En cas d’accident, l’équipe doit pouvoir prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Il est donc indispensable que vous complétiez les informations suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfant à inscrire** **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Ecole fréquentée :****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Né(e) le :\_\_\_\_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_\_\_\_ ans |

**N° d’allocataire CAF : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_\_\_ Régime MSA**

|  |
| --- |
| **Nom, prénom et adresse du (des) responsable(s) légal (aux)** |
| Qualité : mère père tuteur autreNom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel professionnel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel domicile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Qualité : mère père tuteur autre Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel professionnel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel domicile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à venir chercher l’enfant :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Lien de parenté | Téléphone portable |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Mon enfant présente une allergie alimentaire ou une affection chronique Oui Non**

**Mon enfant a-t- il un P.A.I (Projet d’Accueil Individualisé) Oui Non**

|  |
| --- |
|  **SANTE DE L’ENFANT** Antécédents : (opérations, accidents …)Problème(s) de santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médicaments que l’enfant ne supporte pas : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dernières vaccinations : DTP (diphtérie-Tétanos – Polio) le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**En cas d’urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le plus adapté.**

|  |
| --- |
| **AUTORISATION D’INTERVENTION CHIRURGICALE**Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorisonsl’anesthésie de notre fils/fille \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au cas ou, serait victime d’un accident ou d’une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle auraità subir une intervention chirurgicale. LE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ Signature : |
| **DROIT A L’IMAGE**Je soussigné(e) Mr et/ou Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parent de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autorise l’accueil de loisirs à photographier ou/et à filmer mon enfant au cours des Activités pour un usage interne. Le \_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Signature :  |