

# FICHE SANITAIRE 2021/2022

## Accueil Périscolaire Communal de Saint Joseph de Rivière



[periscolaire.mairiestjo@orange.fr](mailto: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](mailto: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 :

<b>Enfant à inscrire</b>  <b>Nom :</b> _____  <b>Prénom :</b> _____	<b>Ecole fréquentée :</b>  _____  <b>Né(e) le :</b> _____ <b>Age :</b> _____ ans
---	--

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

<b>Nom, prénom et adresse du (des) responsable(s) légal (aux)</b>	
Qualité : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> autre  <b>Nom :</b> _____  <b>Prénom :</b> _____  <b>Adresse :</b> _____  <b>Code Postal :</b> _____  <b>Ville :</b> _____  <b>Tel portable :</b> _____  <b>Tel professionnel :</b> _____  <b>Tel domicile :</b> _____  <b>Adresse mail :</b> _____	Qualité : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> autre  <b>Nom :</b> _____  <b>Prénom :</b> _____  <b>Adresse :</b> _____  <b>Code Postal :</b> _____  <b>Ville :</b> _____  <b>Tel portable :</b> _____  <b>Tel professionnel :</b> _____  <b>Tel domicile :</b> _____  <b>Adresse mail :</b> _____

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

### SANTÉ 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 \_\_\_\_\_ autorisons

l'anesthésie de notre fils/fille \_\_\_\_\_ au cas où,  
serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait  
à 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 :