

FICHE SANITAIRE 2021/2022

Accueil Péri-scolaire Communal de Saint Joseph de Rivière



periscolaire.mairiestjo@orange.fr

Mairie
2 place de la mairie
38134 St Joseph de Rivière

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 | Ecole fréquentée : |
| Nom : _____ | _____ |
| Prénom : _____ | Né(e) le : _____ Age : _____ ans |

N° d'allocataire CAF : _____ Quotient familial : _____ Régime MSA

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

Si Oui laquelle

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 _____ autorisons

l'anesthésie de notre fils/fille _____ au cas ou,
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 :