

FICHE SANITAIRE 2021/2022

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

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

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 :