

**FICHE SANITAIRE 2020/2021
ACCUEIL DE LOISIRS & PERISCOLAIRE**

LE SAC A JOUETS



7 Place de la Mairie 38134 St Joseph de Rivière
.06.82.04.62.83 . club.peri.sac.jouets@hotnail.fr

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 : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> autre Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Tel portable : _____ Tel professionnel : _____ Tel domicile : _____ Adresse mail : _____	Qualité : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> 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 _____

Autres vaccinations : _____

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 :

Structure:.....Année Scolaire :

Adresse de la structure :

Directeur de la structure :

Tél. :

Fax:

Mail :

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard	15
Sur téléphone portable	112

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

