

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche sanitaire

(valable un an)

ANNEE 20 ___ /20 ___

Cette fiche est obligatoire pour participer aux activités du centre social.

L'inscription de votre enfant ne sera prise en compte qu'après :

- le règlement de l'adhésion,*
- la remise de cette fiche correctement remplie,*
- la photocopie des vaccins*

Renseignements et inscriptions :

04 75 88 97 31 ou csri@sfr.fr

<http://csri.centres-sociaux.fr>

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les activités enfance-jeunesse proposées par le CSRI.

I - ENFANT :

NOM _____ PRENOM _____
SEXE _____ DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____

II - RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

| <u>MERE :</u> | <u>PERE:</u> |
|------------------------------|------------------------------|
| NOM : _____ | NOM : _____ |
| PRENOM : _____ | PRENOM : _____ |
| ADRESSE : _____ | ADRESSE : _____ |
| TELEPHONE (fixe) : _____ | TELEPHONE (fixe) : _____ |
| TEL. (portable) : _____ | TEL. (portable) : _____ |
| TEL. (professionnel) : _____ | TEL. (professionnel) : _____ |
| EMPLOYEUR : _____ | EMPLOYEUR : _____ |

SECURITE SOCIALE OU AUTRE CAISSE : _____

N° IMMATRICULATION ET NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT : _____

CAF ou MSA (N° allocataire et adresse) : _____

QUOTIENT FAMILIAL : _____

AUTORISATION D'ACCES au service de la C.A.F. et de la M.S.A. : *(informations limitées aux ressources déclarées et au nombre d'enfants à charge)*

Permet au Centre Social de déterminer le coût journée pour votre enfant.

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : _____ autorise la personne habilitée par la C.A.F. ou la M.S.A. à accéder aux informations de la base allocataire.

Le Centre Social s'engage à respecter de l'obligation de secret professionnel, lors de la consultation et de l'utilisation des informations individualisées présentes dans la base de données.

Signature :

III - VACCINATIONS

PRÉSENTER LE CARNET DE SANTE DE L'ENFANT A JOUR DES VACCINATIONS

(nous gardons une photocopie des vaccinations à l'intérieur de la fiche sanitaire)

IV - CERTIFICAT D'APTITUDE POUR L'ACTIVITE SPORTIVE :

(A faire remplir obligatoirement par votre médecin)

Je soussigné, Dr _____ certifie que l'enfant (Nom, Prénom) _____ ne présente aucune contre - indication clinique à la pratique d'activités sportives.

Fait à _____ le _____ Signature et cachet :

V - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical oui non

Si votre enfant est amené à prendre des médicaments durant le séjour, ou la journée d'accueil de loisirs, il est **impératif de nous donner l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice).**

AUCUN MEDICAMENTS NE POURRA ÊTRE DONNES OU PRIS SANS ORDONNANCE.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES : ASTHME : OUI NON
ALIMENTAIRE : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON
 AUTRES (*Précisez*) : _____

PRECISEZ LA OU LES CAUSES DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE
(si automédication le signaler)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (végétarien, végétalien, sans porc,...) :

LES DIFFICULTES DE SANTE :

(Maladie, accident, crise convulsive, Hospitalisation, Opération, rééducation),
en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE :

VI - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...
Si oui, précisez , quoi et quelle est la marche à suivre :

VII- AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné (e) (Nom, Prénom) : _____ ;

En qualité de père mère tuteur, autorise mon enfant (Nom, prénom) : _____ à quitter le Centre Social Rural Intercommunal seul, à la fin des activités et le dégage ainsi de toute responsabilité.

Signature :

VIII - PERSONNE AUTORISE A VENIR CHERCHER MON ENFANT :

à la fin des activités et à prévenir en cas d'urgence :

| Noms | Prénoms | Téléphone |
|---------|---------|-----------|
| - _____ | _____ | _____ |
| - _____ | _____ | _____ |
| - _____ | _____ | _____ |
| - _____ | _____ | _____ |
| - _____ | _____ | _____ |
| - _____ | _____ | _____ |

VI- AUTORISATION AU DROIT DE L'IMAGE

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) _____, En qualité de : père mère tuteur

De l'enfant (Nom, Prénom) : _____, autorise l'équipe d'animation :

- À utiliser les photos et vidéos, à l'intérieur de la structure
- À utiliser les photos, réalisés dans le cadre d'une diffusion locale (le Dauphiné, la Tribune, C.S.R.I., ...)

Fait à _____, le ____/____/____.

Signature :

IX- DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL:

(ou des responsables légaux)

Je soussigné (e) : _____, père mère tuteur

Responsable de l'enfant (Nom et prénom) : _____

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent document, et déclare confier mon enfant, avec la permission de participer à toutes les activités proposées par le CSRI.

J'autorise la directrice de l'accueil de loisirs, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes interventions d'urgences décidées par le corps médical.

Je m'engage à payer la part des frais de séjour, (voir d'hospitalisation) incombant à la famille, ainsi que les frais médicaux et pharmaceutiques.

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____

Signature :