

REFERENCE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom : Date de naissance :

Sexe : Garçon Fille

Ecole : Classe 2017/2018 :

Nom de l'enseignant (e) :

RESPONSABLES DE L'ENFANT


Mère ou tutrice légale : Nom et Prénom

Adresse :

E-mail(s) :

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur : 

N° Allocataire CAF (**obligatoire**) : Caisse :

Quotient Familial :

N° de Sécurité Sociale :

Assurance Responsabilité civile et Extrascolaire :


Père ou tuteur légal : Nom et Prénom

Adresse :

E-mail(s) :

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur : 



N° Allocataire CAF (**obligatoire**) : Caisse :

Quotient Familial :

N° de Sécurité Sociale :

Assurance Responsabilité civile et Extrascolaire :

En cas de problème, si les parents sont injoignables, personnes à prévenir en cas d'urgence

M ou Mme :  

M ou Mme :  

M ou Mme :  

Facture mensuelle à envoyer à : M ou Mme

Adresse :

ACCUEIL DE LOISIRS

FICHE SANITAIRE 2017 / 2018

PHOTO

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :



GROUPE SANGUIN DE VOTRE ENFANT :

VACCINATIONS (Antipoliomyélitique, Antidiphthérique, Antitétanique, Anticoqueluche ...)

Joindre **obligatoirement** les **photocopies** des pages correspondantes du **carnet de santé** ou du certificat de **vaccinations** de l'enfant.

ALLERGIES ALIMENTAIRES OU AUTRES

Joindre **obligatoirement** un certificat médical précisant les sources d'allergies de l'enfant.

Votre enfant mange-t-il du porc ?

OUI

NON

Votre enfant mange-t-il de la viande ?

OUI

NON

Actuellement, l'enfant suit-il un ou plusieurs traitements ? :

OUI

NON


Si oui, le(s)quel(s) :

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de nous apporter l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants.


Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant (nom, prénom), autorise l'équipe de Direction à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs, à rembourser le montant des frais médicaux.

DECHARGE DE RESPONSABILITE :

J'autorise mon enfant à quitter le lieu d'animation avec :

M ou Mme : 

M ou Mme : 

M ou Mme : 

M ou Mme : 

DROIT DES LIBERTES

J'autorise la prise de photos ou vidéos : OUI NON

J'autorise la diffusion de photos ou vidéos : OUI NON

J'autorise le transport de mon enfant en bus ou minibus : OUI NON

Fait à Valdoie le :

Signature du Responsable légal :