

REFERENCE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom : Date de naissance :

Sexe : Garçon Fille

Ecole : Classe 2021/2022 :

Nom de l'enseignant (e) :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Mère ou tutrice légale : Nom et Prénom

Adresse :

E-mail(s) :

Profession : Employeur :

 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 :

 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 2021 / 2022

PHOTO

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

..... 

GROUPE SANGUIN DE VOTRE ENFANT :

VACCINATIONS (Antipoliomyélique, Antidiphtérique, Antitétanique, Anticoqueluche ...)

Certaines vaccinations sont obligatoires pour toute entrée d'enfant en collectivité :

- Enfants nés avant 2018 : DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite),
- Enfants nés après 2018 : DT Polio, coqueluche, HIB (Haemophilus Influenza B), hépatite B, pneumocoque, méningocoque, ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole). 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 ou un PAI 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 : 

DROIT DES LIBERTES

J'autorise la prise de photos ou vidéos (Activités, Fête de l'ALSH) : OUI NON

J'autorise la diffusion de photos ou vidéos en interne (Activités, Fête de l'ALSH): OUI NON

J'autorise la diffusion de photos ou vidéos en externe (Site internet de la commune, dossiers stagiaires...):
OUI NON

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

J'autorise la Commune de Valdoie à communiquer via mon adresse mail : OUI NON

Fait à Valdoie le :

Signature du Responsable légal :