



Accueil de Loisirs d'Azé  
fiche Sanitaire  
Année 2020

Identité de l'enfant	Personne à contacter en cas d'urgence
Nom:	<b><u>N°1 Lien de parenté avec l'enfant :</u></b>
Prénom:	Nom:
*Sexe: M ou F	prénom:
Date de naissance:	Portable:
à	Bureau :
Adresse:	<b><u>N°2 Lien de parenté avec l'enfant :</u></b>
*Régime: Caf / Msa	Nom:
Numéro d'allocataire:	prénom:
N° de sécurité sociale:	Portable:
Compagnie d'assurance:	Bureau:
et n° de contrat:	<b><u>N°3 Lien de parenté avec l'enfant :</u></b>
Mail:	Nom:
	prénom:
	Portable:
	Bureau:

Renseignement responsable légal N°1	Renseignement responsable légal N°2
<b>Nom:</b>	<b>Nom:</b>
<b>Prénom:</b>	<b>Prénom:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Adresse:</b>
<b>Tél domicile:</b>	<b>Tél domicile:</b>
<b>Portable :</b>	<b>Portable :</b>
<b>Tél Bureau:</b>	<b>Tél Bureau:</b>
<b>Nom et adresse employeur :</b>	<b>Nom et adresse employeur :</b>

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul ?*	oui	non
J'autorise la diffusion des photos sur la page Facebook ribambelle et Cie * et l'association d'utiliser des photos prises lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant	Oui oui	Non non
J'autorise à consultation de mon quotient familial sur le site mon compte partenaire Caf convention entre ribambelle et la Caf *	oui	non
L'enfant a-t-il son brevet de natation	oui	non

\*(rayé la mention inutile)

Document à fournir

Attestation du quotient familial brevet de natation photocopie vaccination dans le carnet de santé	certificat médical en cas d'allergie photocopie d'assurance
---	--

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclarant sur l'honneur avoir le droit  
d'autorité parentale, atteste exacts les renseignements portés sur la fiche administrative,  
avoir pris connaissance du règlement intérieur,

A \_\_\_\_\_  
approuvé

le

Signature avec mention lu et



Accueil de Loisirs d'Azé  
fiche Sanitaire  
Année 2020

Identité de l'enfant		
<b>Nom:</b>	<b>Prénom:</b>	<b>Sexe: M ou F</b>
<b>Date de naissance:</b>	à	
<b>Adresse:</b>		

#### Les vaccinations

se référer au carnet de santé de l'enfant et joindre la photocopie du carnet avec le nom et prénom de l'enfant

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandé	dates
Diphérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT Polio					
Ou Tétracoq					
Monotest					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication

#### Traitement médical,

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical ; merci de joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine et marquée au nom de l'enfant ,

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance,**

Veuillez indiquer si votre enfant rencontre ou a rencontré des difficultés de santé (maladie, accident crises convulsives, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

#### Maladies

Rubéole  N varicelle  N angines  N rhumatismes  N scarlatine  N  
coqueluche  N otites  N rougeole  N oreillons  N asthme  N

#### Informations complémentaires

Votre enfant mouille-t-il son lit ?      Oui    Non

S'il s'agit d'une fille, a-t-elle ses règles ?    oui    non

Votre enfant porte-t-il des lunettes    Oui    Non

Votre enfant porte-t-il des lentilles    oui    non

Repas :

Votre enfant mange de la viande de      oui    non

porc ?      oui    non

Votre enfant porte-t-il un appareil

dentaire      oui    non

Votre enfant est-il végétarien ?      oui    non

Autre régime particulier

Je soussigné(e)

déclarant sur l'honneur avoir le droit d'autorité

parentale, atteste exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire, avoir pris connaissance

du règlement intérieur et j'autorise **en cas d'urgence, la direction de l'accueil de loisirs fréquenté par mon enfant, à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer,**

A

le

Signature avec mention lu et approuvé