FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

1- L'ENFANT :

Nom : …… Prénom : ……
Adresse :……
Date de naissance : …… Age : ……..ans Sexe : M ☐ – F ☐
Taille : ……m…….. Poids : …… kg Pointure : ……

2- LES INFORMATIONS MEDICALES

Les vaccinations à jour sont obligatoires. Merci de joindre impérativement les copies du carnet de santé de votre enfant ou un certificat médical datant de moins de 3 mois.

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? ☐ Oui ☐ Non

Autres vaccinations (précisez SVP) : ……
……

L'enfant est-il allergique ?

- à un médicament ☐ OUI - ☐ NON si oui, lequel : ……..
- à un aliment* ☐ OUI - ☐ NON si oui, lequel :……
- à autre chose ☐ OUI - ☐ NON si oui, quoi : ……

Régime alimentaire

- Régime sans viande : ☐ OUI - ☐ NON / Régime sans porc : ☐ OUI - ☐ NON
- Autre régime :……

*__*Seules les allergies alimentaires accompagnées d'un certificat médical pourront être prises en compte*__. *(Demandez le document spécifique à l'enseignant)*

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires ?
……

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ OUI - ☐ NON

Autres renseignements ou recommandations importantes : (sommeil, phobies,…)
……
……

3 – LES MALADIES

Votre enfant est-il sujet à :
Angine : ☐ OUI - ☐ NON **Asthme :** ☐ OUI - ☐ NON **Rhumatisme :** ☐ OUI - ☐ NON

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	☐ OUI - ☐ NON	**Oreillons**	☐ OUI - ☐ NON	**Otite**	☐ OUI - ☐ NON
Varicelle	☐ OUI - ☐ NON	**Scarlatine**	☐ OUI - ☐ NON	**Rougeole**	☐ OUI - ☐ NON

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. ***Joindre obligatoirement l'ordonnance originale*** *ainsi que les médicaments correspondants avec la notice.*
Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, etc…):
……

Nom et coordonnées du médecin traitant : ……
……

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : …… Prénom : ……
Adresse : ……
N° de téléphone : …… N° de portable :……
Email : ……
N° de sécurité sociale☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Centre payeur : ……

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ? ☐ OUI - ☐ NON
(Si oui, veuillez joindre impérativement l'attestation).

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et individuelle corporelle accident
ASSURANCE : Compagnie : …… N° de police : ……

5 – DROIT A L'IMAGE

Sauf refus de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association et de l'école.

6- ATTESTATION DE SEJOUR

Cochez la case ci-contre en cas de demande d'attestation de séjour (si votre comité d'entreprise, association…vous accorde un remboursement des frais de séjour). ☐

Je soussigné, ☐ père ☐mère ☐ tuteur, responsable légal du participant déclare :
Avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de séjour, autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre, autoriser les responsables du séjour à prendre les dispositions nécessaires concernant la santé de mon enfant et en cas d'accident. Les frais médicaux, de transport, et d'hospitalisation seront à ma charge.

Date et signature :