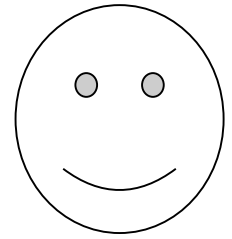


# FICHE SANITAIRE

## 2017/2018

Photo de l'enfant



A COLLER SVP

**Votre enfant**

NOM : .....

PRENOM : .....

Taille : ..... Pointure : ..... Poids : ..... Date de naissance : ..... à .....

Adresse : ..... CP : ..... Commune : .....

**Représentant légal** : Composition de la famille : parentale  monoparentale  recomposée  famille d'accueil

	Mère	Père	Autre (tuteur, beau-père, belle-mère,...)
NOM			
Prénom			
Date de naissance			
Adresse			
N° Allocataire CAF			
Tél maison			
Tél portable			
Tél travail			

**Santé de l'enfant**

MALADIE	NON	OUI (Veuillez préciser)	Y-a-t-il un PAI* ?
Allergie			
Maladie chronique			
Régime alimentaire			
Handicap			

***\*Si votre enfant suit un traitement régulier (diabète, asthme,...), veuillez le renseigner dans le Protocole d'Accueil Individualisé, disponible au secrétariat. Aucun traitement médical ne sera traité sans PAI !  
Attention : document à faire remplir par le médecin.***

*Article R. 3111-17 du Code de la santé publique*

*« L'admission dans tout établissement d'enfants, à caractère sanitaire ou scolaire, est subordonnée à la présentation soit du carnet de santé, soit des documents en tenant lieu attestant de la situation de l'enfant au regard des vaccinations obligatoires.*

*A défaut, les vaccinations obligatoires sont effectuées dans les trois mois de l'admission. »*

VACCINS	Date du vaccin	ou	Copie du carnet de santé fournie le
Antidiphtérique			
Anti-tétanique			
Anti-poliomyélitique			

Identité du médecin traitant : .....

Ville : .....

Tél : .....

Personnes majeures autorisées à venir récupérer l'enfant dans nos locaux (autres que celles mentionnées en page 1)

NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

**Nota ! Pour des raisons de sécurité, une pièce d'identité pourra être demandée à la personne habilitée.**

Documents indispensables complétant le dossier sanitaire :

- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Photocopie du dernier avis d'imposition (hors inscription uniquement aux NAP)

Autorisations et Attestations

*A lire et à compléter*

**Autorisation d'intervention d'urgence**

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil, de l'activité ou du séjour, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Règlement intérieur**

J'atteste avoir reçu le règlement intérieur de l'association le ..... lors de la constitution du dossier sanitaire de l'enfant et m'engage à le respecter.

**Publication de photos**

Je soussigné(e) ..... autorise l'association l'Ile aux Copains à publier des photos prises lors des activités/sorties/manifestations qu'elle organise, dans le seul but d'illustrer des articles, des expositions et toutes sortes de supports médiatiques.

**Rentrer seul (uniquement pour les + de 12 ans)**

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant ....., âgé de ..... ans à rentrer seul après les activités proposées par l'association l'Ile aux Copains (hors NAP).

Fait à ....., le .....

Signature du représentant légal :

Observations

.....  
.....  
.....