

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT OU DU JEUNE

Nom - Prénom : Fille Garçon
Date de naissance : à
Adresse d'habitation :
Code Postal : Ville :
N° immatriculation S.S du représentant légal : N° d'identification CAF :
 Hémois Non Hémois
Établissement scolaire : Ville

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{elle} <input type="checkbox"/> M. Nom-Prénom : Adresse : Tél. personnel : <input type="text"/> Tél. professionnel : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> E mail :@..... Situation familiale : Nombre d'enfants à charge	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{elle} <input type="checkbox"/> M. Nom-Prénom : Adresse : Tél. personnel : <input type="text"/> Tél. professionnel : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> E mail :@..... Situation familiale : Nombre d'enfants à charge
--	--

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

- Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison oui non
- Participation de l'enfant à toutes les activités et sorties proposées par le centre, y compris la piscine. Autorise N'autorise pas
- Mon enfant sait nager oui non

Coordonnées des personnes autorisées à prendre mon enfant à la sortie du Centre et à prévenir en cas de problèmes :

Nom-Prénom : Lien de parenté : Tél. personnel : <input type="text"/> Tél. professionnel : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/>	Nom-Prénom : Lien de parenté : Tél. personnel : <input type="text"/> Tél. professionnel : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/>
---	---

- Autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie).
- M'engage à prendre en charge les frais nécessités par le traitement, en cas de maladie, accident ou hospitalisation.
- Certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche et m'engage à communiquer les éventuelles modifications à y apporter.

DROIT À L'IMAGE

- J'autorise le responsable du centre et la mairie à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant sur des supports de communication de la ville.
- Je n'autorise pas le responsable du centre et la mairie à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant sur des supports de communication

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : OUI NON ASSURANCE EXTRASCOLAIRE* : OUI NON

Préciser le nom et le n° de police de l'assurance
* Il est fortement conseillé aux familles de souscrire une assurance extrascolaire

MEDECIN TRAITANT : Nom - Prénom :
Adresse :
Enfant en traitement : NON OUI Si oui, lequel
Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

VACCINATIONS : dans le cadre des inscriptions à toutes les activités de loisirs, le vaccin DTP étant obligatoire, il est impératif de fournir une copie de cette vaccination à jour.

Fait à HEM, le
Signature,