



## 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

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M.

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. personnel : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

E mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge \_\_\_\_\_

Responsable légal 2

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M.

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. personnel : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél. personnel : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

- 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, \_\_\_\_\_

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à pouvoir contacter les familles en cas d'urgence. Les destinataires sont la Direction Education Jeunesse et Prévention de la Ville de Hem. Conformément à la loi « Informatique et libertés du 6 janvier 1978 », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Direction Éducation Jeunesse et Prévention. »