



Secteurs concernés :
 Enfance Jeunesse
 Famille Ateliers

Responsable 1

Nom & Prénom :

Adresse :

Portable perso :

Mail * :

@.....

Employeur :

Travaille sur le SIVOM :
Oui (précisez).....
Non

Téléphone pro :

Portable pro :

Date de naissance :

Situation familiale :

Responsable 2

Nom & Prénom :

Adresse :

Portable perso :

Mail * :

@.....

Employeur :

Travaille sur le SIVOM :
Oui (précisez).....
Non

Téléphone pro :

Portable pro :

Date de naissance :

Situation familiale :

Composition de la famille :

- En couple sans enfant(s)
- En couple avec enfant(s)
- Personne seule sans enfant(s)
- Personne seule avec enfant(s)

N° sécurité sociale (sur lequel l'enfant est rattaché) :

Nombre d'enfants vivant dans le foyer :

- 0/3 ans :
- 4/11 ans :
- 12/17 ans :
- + de 18 ans :

Régime

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Caisse (MSA ou CAF) :

Autorisations

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur autorise mon enfant à participer à toutes les activités des secteurs concernés sous la responsabilité du personnel d'encadrement, y compris éventuellement : *baïgnade, bicyclette, sortie en car, escalade, camping, randonnées, activités nautiques*....

- Autorise le/la responsable des secteurs concernés à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité absolue
- Autorise mon enfant à être transporté par un responsable (en cas d'extrême urgence)
- Autorise mon enfant à être photographié ou filmé lors des activités, publié dans les journaux locaux ou support créé avec les enfants, exposé dans les locaux ou le groupe privée Facebook (ALSH) ou page publique Facebook (autres secteurs)
- Peut-être exceptionnellement pris en charge **avec autorisation donnée le matin aux animateurs** par :

Nom & Prénom	Lien par rapport à l'individu	Téléphone

Adolescent

Nom :Prénom :

Date de naissance :

Portable :

Mail :

Ets scolaire :Classe :

Autorisé à rentrer seul

Cadre réservé à l'administration

Quotient familial : Date d'effet :

TARIF FAMILLE :

Dossier Complet : OUI NON

- Attestation CAF/MSA avec QF à jour ou dernier avis d'imposition
- Justificatif pour les personnes travaillant sur le SIVOM
- Règlement intérieur signé et approuvé

maj 23/03/2021

***Ecrire l'adresse mail lisiblement, en lettres capitales**



FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE 2022/2023

Votre enfant :

NOM & Prénom :

Date de naissance :

Garçon ou Fille (*ayer la mention inutile*)

Vaccinations : *Joindre les copies du carnet de santé, à jour.*

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

ALLERGIES

Pour toute allergie, fournir le PAI et préciser la conduite à tenir.

- Médicamenteuse :
- Alimentaire :
- Régimes alimentaires spéciaux (végétarien, sans porc) :
- Autres :

MALADIES

Cochez les maladies que l'enfant a déjà eu :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Asthme et conduite à tenir (PAI avec ordonnance à fournir)
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Otite
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oreillons
	<input type="checkbox"/> Autres

Si votre enfant suit un traitement pendant les séjours été, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (Opération, hospitalisation, maladie, accident...) :

Reconnaissance MDPH, familles touchant l'AEEH ou ayant un PAI à nous fournir absolument (nature du handicap et recommandations) :

RECOMMANDATIONS UTILES

• Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... précisez :

• Poids de l'individu (enfant et adolescent) : Kg

MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom :

Téléphone :

Date et signature :

Cadre réservé à l'administration

Dossier Complet :	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Copie Vaccins à jour		
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire (obligatoire)		
<input type="checkbox"/> Règlement intérieur ALSH signé et approuvé		
<input type="checkbox"/> PAI (si besoin)		
<input type="checkbox"/> Ordonnance (si médicament)		
<input type="checkbox"/> Certificat médical (si camps)		
<input type="checkbox"/> Brevet de natation (si camps)		
		maj 23/03/21