

FICHE SANITAIRE 2021



L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / 20__

FILLE ☐ GARÇON ☐ ECOLE : _____

1 - ADMINISTRATIF

RESPONSABLES DE L'ENFANT

● NOM PRÉNOM

Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐



TÉL. PERSONNEL ou PROFESSIONNEL :

Et/ou

● NOM PRÉNOM

Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐



TÉL. PERSONNEL ou PROFESSIONNEL :

2 - AUTORISATIONS

Mon enfant part SEUL OUI ☐ NON ☐ (à partir de 8 ans)

Les responsables légaux autorisent, la (les) personne(s) majeurs ci-dessous, à venir chercher l'enfant à la sortie des activités

Nom Prénom Nom Prénom



Le cas échéant personne **interdite** : Nom Prénom (Fournir copie du jugement)

OUI ☐ NON ☐ Autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant à des fins d'animations et d'illustrations promotionnelles et/ou informatives de ses activités (en **interne** : affichage dans les locaux, photos souvenirs données aux familles ou **externe** : plaquettes associations, journaux, blog, site internet...) – *au besoin rayer interne et/ou externe.*

3 - INFOS DIVERSES

Repas SANS PORC ☐ VEGETARIEN ☐ ALLERGIES ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ **joindre le PAI**

PISCINE : Sait Nager OUI ☐ NON ☐



4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence Oui ☐ non ☐

Si oui **joindre** une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, allergies, asthme, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation)

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ **joindre un protocole** (PAI ou ordonnance médecin)

Précisez la cause, les précautions et la conduite à tenir. Ce qui pourrait nous aider dans l'accueil de votre enfant.
Joindre une feuille supplémentaire au besoin

Recommandations utiles des parents : lunettes, lentilles, prothèse auditive, prothèse dentaires ...

NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....
NOM DE LA MUTUELLE
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Groupe Sanguin si connu



Contact en cas d'urgence si autre que les responsables légaux :

Nom Prénom tél qualité.....

Nom Prénom tél qualité.....

VACCINATIONS

joindre la copie des pages de vaccinations

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétra coq)
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI ☐ précisez :

5 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Je soussignée, Responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe
d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

OUI ☐ NON ☐ Autorise l'association à mettre à jour mon quotient familial via le site professionnel de la
CAF (MSA fournir une attestation annuelle en avril)

- En inscrivant mon enfant j'autorise l'association à transporter mon enfant vers les lieux
d'activités (car, minibus, véhicule du personnel autorisé par l'association).
- J'autorise, en inscrivant mon enfant école au périscolaire du soir, l'association à le récupérer
dans son école sur Lamastre (information faite au directeur d'école).
- Je certifie avoir communiqué à l'association tout changement familial ou professionnel depuis
l'année précédente et j'ai connaissance du règlement de fonctionnement (consultable sur le
site internet).

Les données recueillies par le biais de ce formulaire sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant. Elles ne
font en aucun cas l'objet d'une cession à un tiers. Les données saisies sur ce formulaire sont conservées pour la durée
de l'année civile. Le responsable du traitement est la présidente de l'Association La Ribambelle.

Les destinataires de ces données sont l'équipe du Centre de loisirs de l'Association.

Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci en vous
adressant à : Mr ou Mme Le ou la Président.e, La Ribambelle 2 impasse des écoles 07270 Lamastre ou par courriel à
laribambelle.lamastre@orange.fr

A Lamastre le :/2021 Signature d'un des responsables :

Dans le cadre du RGPD (protection des données)
cette fiche sera détruite tous les ans au 31 décembre,
elle devra être refaite au renouvellement d'adhésion.