Familles rurales Vivre mieux ! | ASSOCIATION DE BEAUCOUZÉ

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE 2022

Photo

IDENTITE ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....
Date de Naissance : .....

IDENTITE DE LA FAMILLE

PARENT

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Commune : .....
Tel Portable : ..... Tel travail : .....
Profession* : ..... ☐ Horaires fixes ☐ Horaires variables
*si changement de situation professionnelle merci d'en informer la direction
Email : .....
L'envoi des factures se fera via cette adresse mail
☐ Je consens à recevoir des informations (rappels inscriptions...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.

PARENT

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : (Si différente ci-dessus).....
Code Postal : ..... Commune : .....
Tel Portable : ..... Tel travail : .....
Profession* : ..... ☐ Horaires fixes ☐ Horaires variables
*si changement de situation professionnelle merci d'en informer la direction
Email : .....
☐ Je consens à recevoir des informations (rappel inscriptions...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.

SITUATION FAMILIALE

Marié/Pacsé Union Libre Divorcé/Séparé Célibataire Veuf(ve)
Pour les familles séparées merci de nous indiquer le lieu où réside l'enfant : .....

QUOTIENT FAMILIAL (CAF, MSA...)

Merci de joindre votre attestation de QF. Sans ce document les familles se verront appliquer le tarif maximum.
Je soussigné(e) .....
☐ autorise,
☐ n'autorise pas
à visualiser mon QF sur le site de la CAF via la plateforme CAPD. Signature :
N°allocataire : .....

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT A l'ALSH

Nom : ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

AUTORISATIONS DEROULEMENT D'ACTIVITES

Mon enfant sait **nager** (fournir attestation de 25m) ..... ☐ **Oui** ☐ **Non**

J'autorise mon enfant (plus de 7 ans) **à partir seul** de l'ALSH après 17h00
et en assume l'entière responsabilité ..... ☐ **Oui** ☐ **Non**

J'autorise l'association Familles Rurales à utiliser pour les besoins de
communication de l'ALSH des photos de mon enfant en activités ..... ☐ **Oui** ☐ **Non**

REGIME ALIMENTAIRE

Régime sans Porc : ..... ☐**Oui** ☐**Non**
Régime sans Viande : ..... ☐**Oui** ☐**Non**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Asthme :..... ☐**Oui** ☐**Non**
Allergies alimentaires : ..... ☐**Oui** ☐**Non**
Si oui précisez les causes de l'allergie et le conduite à tenir :
.....
.....
Un PAI a t-il été mis en place ?.....
Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
.....

VACCINATIONS

Vaccination	Maladie	Noms des vaccins correspondants	Date de la dernière vaccination
DTPC	Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche Haemophilus Influenzae type B	Infanrix Polio Infanrix Polio Hib Pentavac Pentacoq DT Polio	.....
	Hépatite B	Genhevac B Engerix B HB VAX DNA Twinrix	.....
ROR –	Rougeole – Oreillons - Rubéole	ROR	.....
Pneumocoque			.....
Méningocoque C			.....

VOTRE ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE ☐**Oui** ☐**Non**	VARICELLE ☐**Oui** ☐**Non**	ANGINE ☐**Oui** ☐**Non**	SCARLATINE ☐**Oui** ☐**Non**	RHUMATISME AURICULAIRE AIGU ☐**Oui** ☐**Non**
COQUELUCHE ☐**Oui** ☐**Non**	OTITE ☐**Oui** ☐**Non**	ROUGEOLE ☐**Oui** ☐**Non**	OREILLONS ☐**Oui** ☐**Non**	

Etes vous allocataire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ? .....

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

	Nom :	Prénom :	N° Tél :
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....

Seuls les enfants accompagnés d'un adulte munis d'une décharge seront autorisés à sortir du centre de loisirs pendant les horaires d'ouverture (en cas de rendez-vous médical).

Monsieur ou Madame .....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable en charge de votre enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale et anesthésie etc…) rendues nécessaires par l'état de mon enfant :
.....
Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs de Beaucouzé 2022 et m'engage à le respecter.
Fait à .....Le.....
Signature du parent : Signature du parent :

◯ Je reconnais avoir réglé l'adhésion 2021 (jan-Dec) Familles Rurales 32 €