

## FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE 2023

Photo

### IDENTITE ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : ..... Ecole : ..... Classe .....

### 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'entièvre 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	Diphtéries 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME AURICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 2023 et m'engage à le respecter.

Fait à ..... Le .....

Signature du parent :

Signature du parent :