



41 rue Thiers
17000 La Rochelle
Tél. 05 46 41 06 73
accueil@christianefaure.fr
www.christianefaure.fr
Siret : 78134189600020

Fiche d'inscription et sanitaire de liaison 2023 - 2024



Réservé à l'équipe de La fabrique du lien social

Votre enfant

Nom : Prénom :
Né(e) le : à : Sexe : Féminin Masculin
École : Classe :

Parent(s) ou tuteur(s) légal(aux)

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Adresse : Adresse :
Tél. Fixe : ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Tél. Fixe : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Portable : ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Portable : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Mail : Mail :
Profession : Profession :
Employeur : Employeur :
Tél. entreprise : ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Tél. entreprise : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Date de naissance : Date de naissance :
Situation familiale : Marié(e) Concubin(e) Célibataire Divorcé(e)/séparé(e) Pacsé(e) Veuf(ve)

Renseignements administratifs

N° allocataire C.A.F. :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom - Prénom : Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Nom - Prénom : Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Nom - Prénom : Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison (*uniquement pour les enfants à partir de 10 ans avec accord parental*)
 Oui Non

Droit à l'image

J'autorise La fabrique du lien social Christiane Faure à utiliser l'image de mon enfant :
 Oui Non

Prélèvement automatique

J'autorise La fabrique du lien social Christiane Faure à réaliser le prélèvement automatique (*transmission d'un RIB et mandat de prélèvement SEPA*) Oui Non



Renseignements médicaux concernant l'enfant

Médecin traitant

Nom :

Tel :- - - -

Adresse :

Vaccinations : Oui Non

Votre enfant est-il en situation d'handicap ? Oui Non Si oui, lequel ?

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

(Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments remis à l'équipe obligatoirement dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice. **Pas dans le sac de l'enfant.**) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <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	Rhumatisme articulaire aiguë <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <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	

Allergies

Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :

Régime ou remarque alimentaire (en dehors des allergies) :

P.A.I.

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

Précisez :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à vous signaler toute modification des renseignements de la présente fiche sanitaire dans les plus brefs délais.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte toutes les conditions générales d'inscription.

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Date

Signature

Fait à La Rochelle, le

Mise à jour à La Rochelle, le

Mise à jour à La Rochelle, le

Mise à jour à La Rochelle, le