



## Fiche d'inscription et sanitaire de liaison 2020 - 2021


Reservé à l'équipe du centre social  
et culturel

### Votre enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

### 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 : .....

### Renseignements administratifs

N° Immatriculation sécurité sociale couvrant l'enfant : .....

Autre régime que celui du régime général de la sécurité sociale : .....

Mutuelle : Nom et Adresse : .....

N° Allocataire C.A.F. : .....

Assurance couvrant l'enfant (responsabilité civile) : Nom et N° de police : .....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

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 le centre social et culturel Christiane Faure à utiliser l'image de mon enfant :

• Site internet / Facebook  Oui  Non • Journal Tours de Parole / Assemblée générale / Flyers  Oui  Non

### Prélèvement automatique

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



## Renseignement médicaux concernant l'enfant

### Médecin traitant

Nom : .....

Tel : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Adresse : .....

Vaccinations :  Oui  Non

Groupe sanguin : .....

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 ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme articulaire aiguë</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### Allergies

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

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,..... 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 .....