Fiche sanitaire 2022-2023

Nom et prénom de l'enfant : ……

Né(e) le : ……..

L'enfant bénéficie de l'AEEH ? oui non
L'enfant bénéficie d'un PAI ? oui non
L'enfant suit t-il un traitement médical : oui non
L'enfant est-il vacciné : oui non (fournir la copie du carnet de santé)
Si l'enfant n'est pas encore propre merci de cocher cette case ☐

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

Rubéole : oui non *Varicelle* : oui non
Scarlatine : oui non *Coqueluche* : oui non
Rougeole : oui non *Oreillons* : oui non
Angine : oui non *Otite* : oui non
Rhumatisme articulaire aigu : oui non

Allergies :

Médicamenteuse : oui non
Alimentaires : oui non
Asthme : oui non
Autres ……..……

Précisez la cause et la conduite à tenir :

……
……
……
……

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, …) en précisant les dates et les précautions à prendre.

……
……
……
……...
……

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.… Précisez :

……
……
……
……
……

Médecin traitant :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

……
…….. .
……

Autorisation d'opérer :

Je soussigné, ……..……
Responsable légal de l'enfant, ……..
déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toute mesures (traitement médical, transport, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

Inscriptions année 2022/2023

Nom de l'enfant : Prénom :

né(e) le :

Ecole : 3 Chênes O La Lune Bleue O Sainte Marie O Autre O

Régime : O CAF O MSA autre : ……..…….
Numéro d'allocataire :

Nom et prénom de l'allocataire : ……..……

N° de Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : …….……

Adresse mail : ……...

<u>Père</u> : Nom : …….…….…… Prénom : …….……..……..

Adresse : …….……

Ville : ……...…

Tél. domicile : …….. Tél portable : ……

Profession : …….……..

Tél. travail …… Lieu de travail : ……

<u>Mère</u> : Nom : …… Prénom : ……

Adresse : …….……

Ville : ……...…

Tél. domicile : …….. Tél portable : ……

Profession : …….……..

Tél. travail …… Lieu de travail : ……

O Si vous ne souhaitez pas recevoir les factures par mail, cocher la case

Numéro, nom et adresse de vote assurance responsabilité civile :

……..…

…….

Nom et téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

……..…

…….

…….……

……..…

Nous vous informons que la CAF de Loire-Atlantique met à notre disposition un service professionnel de consultation par Internet qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier CAF nécessaires à l'exercice de notre mission, et notamment au calcul de votre quotient familial. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Adhésion 18€00 notée sur la 1ere facture puis à date échue		
Fiche sanitaire signée O		
N° allocataire CAF O		
Attestation assurance O		
Deux enveloppes timbrées à votre adresse O		
(3 si vous avez un enfant de moins de 7 ans)		
APPROBATION REGLEMENT de l'Accueil des Galopins O		
DROIT A L'IMAGE	Père **O**	mère **O**
AUTORISATION PARENTALE POUR L'ECOLE	**oui O**	**non O**
ACCOMPAGNEMENT AUX DEVOIRS	**oui O**	**non O**
AUTORISATION DE SORTIE	**oui O**	**non O**