



Association pour l'Animation, la Coéducation et le Développement rural

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

Année : 2020 / 2021

Nom du mineur :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Sexe : F – M

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Joindre la copie des vaccins à jour (*Obligatoire*)

Allergies

Alimentaire : **Oui – Non**

Si oui, lesquelles :

Médicamenteuses : **Oui – Non**

Si oui, lesquelles :

Autres (animaux, plantes, maquillage...) **Oui – Non**

Si oui, lesquelles :

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? **Oui – Non**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui – Non

Si oui, lesquelles :

Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne ?

.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

	Responsable / Parent 1	Responsable / Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse domicile		
Adresse Mail		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		

En cas d'urgence, joindre les personnes aux numéros notés ci-dessus ou encore les personnes suivantes :

Nom	Prénom	Lien avec le mineur	Téléphone domicile	Téléphone portable

Nom du médecin traitant de la famille :

Téléphone : Ville :

Renseignements administratifs

Exerce l'autorité parentale : Père – Mère Autre :

En cas de séparation des parents, fournir une photocopie concernant l'exercice de l'autorité parentale ou la possession de la garde du mineur.

Régime de prestations familiales : Ces renseignements sont destinés au calcul de statistiques pour les différents partenaires (CAF, MSA, ...) qui permettent à l'association de justifier ses subventions.

N° d'allocataire : **CAF – MSA – Autres**

Quotient familial :

Bénéficiez-vous de bons vacances ? **Oui – Non**

Bénéficiez-vous d'une autre aide ? **Oui – Non** Si oui, laquelle ?

Autorisez-vous l'association à consulter votre quotient familial sur CAFPro* ? **Oui – Non**

**CAFPro est un serveur permettant l'unique consultation du quotient familiale de la famille. Seul le président et la directrice sont autorisés à le consulter.*

AUTORISATIONS

	Oui	Non
Autorisons l'enfant à aller à la piscine pour se baigner et à pratiquer les diverses activités prévues au cours du centre		
Autorisons la diffusion de photo de groupe où apparait notre enfant. (Y compris réseaux sociaux et site web)		
Autorisons l'équipe d'animation à véhiculer notre enfant pour les activités extérieures au centre (mini bus).		
Autorisons les responsables e l'accueil de loisirs à présenter notre enfant à un médecin, de préférence celui de la famille et à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie. (Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)		
Autorisons notre enfant à quitter l'accueil de loisirs avec les personnes suivantes :		