

FICHE SANITAIRE

NOM de l'enfant: _____ PRENOM de l'enfant: _____

Date de naissance : ___/___/_____ Lieu de naissance : _____

Masculin Féminin

Adresse de l'enfant : _____

CP : _____ Ville : _____

RESPONSABLE LEGAL 1 :

NOM : _____


NOM de jeune fille : _____


Prénom : _____


Adresse : (si différente): _____

CP : _____ Ville : _____

Profession : _____

 Fixe : _____

 Portable : _____

 Professionnel : _____

@courriel : _____

Facturation par : mail courrier

N° allocataire CAF : _____

Autre régime et N°: _____

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e)

Célibataire Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)

RESPONSABLE LEGAL 2 :

NOM : _____


NOM de jeune fille : _____


Prénom : _____


Adresse : (si différente): _____

CP : _____ Ville : _____

Profession : _____

 Fixe : _____

 Portable : _____

 Professionnel : _____

@courriel : _____

Facturation par : mail courrier

N° allocataire CAF : _____

Autre régime et N°: _____

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e)

Célibataire Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)

Si garde exclusive ou destitution de l'autorité parentale, joindre impérativement une pièce justificative du jugement

STRUCTURE OU FAMILLE D'ACCUEIL RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Fixe : _____ Portable : _____

@courriel : _____

@courriel ou adresse pour facturation : _____

Fait à _____ Le ___/___/_____

Signature responsable légal 1

Signature responsable légal 2

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins sur le participant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé mais elle est obligatoire pour tout accueil collectif de mineur.

NOM du Participant : _____ **Prénom :** _____

Date de Naissance : _____

Garçon

Fille

NOM(S)-prénom(s) du(des) responsables légal(aux) _____

Adresse complète : _____

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du domicile : _____

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du travail : _____

Médecin Traitant (NOM, Ville et Téléphone) : _____

Mutuelle :

N° Mutuelle :

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.

VACCINATIONS :

- Fournir **obligatoirement** un **certificat médical attestant la mise à jour des vaccins de l'enfant**. (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT

Le participant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale)

Le Participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez les maladies concernées) :

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche
 Otite Rougeole Oreillons

ALLERGIES

Asthme oui non | Alimentaire oui non | Médicamenteuse oui non | Autres : _____

CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) : _____

Autorisez-vous le maquillage sur votre enfant dans le cadre des activités ? oui non

DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,) en précisant dates et précautions à prendre : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

 (Lunettes, Lentilles, Prothèse dentaires,... précisez)

Type de repas : Sans porc Végétarien Autres (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.

Date :

Signature :

AUTORISATION POUR REPRODUCTION ET REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIE POUR UNE PERSONNE MINEUR

Nous soussignés (nom & prénoms des 2 parents ou du responsable légal)

domiciliés à (indiquer l'adresse de chaque parent si ce n'est pas la même) :

Responsables légaux de l'enfant (nom & prénom de l'enfant)

Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement de Normandie organisateur de l'Accueil Collectif de Mineurs de **Saint Pierre en Auge** à utiliser l'image de mon enfant (photos – films) sur tous les supports de valorisation et/ou publications (site internet de la Ligue de l'enseignement de Normandie www.laliguenormandie.org, réseaux sociaux, blog, plaquettes, journaux, affichages pédagogiques...) destinés aux opérations de communication 2018-2021.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable au maximum 3 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez vous adresser à la Ligue de l'enseignement de Normandie - 16, rue de la Girafe 14078 Caen cedex 5 - ou en envoyant un courriel : contact@laliguenormandie.org.

Fait à _____ le ____/____/____

Signature(s) des 2 parents ou responsables légaux