

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES.....

SI PAI (Projet d'Accueil Individualisé) CONCERNANT VOTRE ENFANT, MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR LE PROTOCOLE PRESCRIT PAR LE MEDECIN ET NOUS PRECISER, LES CONDUITES A TENIR !

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) 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...PRECISEZ.....

MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)..... , responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Signature responsable 1:** **Signature responsable 2 :**



SOTTEVAST

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022-2023

- INSCRIPTION PERISCOLAIRE
- INSCRIPTION VACANCES
- INSCRIPTION MERCREDI

Classe : _____ Age : _____

ENFANT

NOM : _____ SEXE : F M

Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ___/___/___ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1

Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone Travail : _____

Courriel : _____

Profession : _____

N° S. Sociale : _____

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre): _____

Montant Quotient Caf: _____

Autre régime: _____

N°: _____

Responsable 2

Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone Travail : _____

Courriel : _____

Profession : _____

N° S. Sociale : _____

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre): _____

Montant Quotient Caf: _____

Autre régime: _____

N°: _____

AUTORISATIONS à cocher pour acceptation- Rayer si refus)

- J'autorise la prise de vue, de son, ainsi que leurs diffusions pour mon enfant lors de leurs réalisations dans le cadre des activités de la structure (périscolaire, mercredis et vacances)
- J'autorise mon enfant à participer aux activités encadrées hors des locaux de l'ACM (Gymnase, stade, ...)
- J'autorise mon enfant à quitter seul la structure après la fin des activités.

ACM de SOTTEVAST - 8 RUE Saint Hermeland 50260 SOTTEVAST

Contact accueil de loisirs :06.08.06.95.28. Mail: acm.sottevast@laligenormandie.org

<http://www.acm.sottevast.laligenormandie.org>



FICHE SANITAIRE 2022- 2023

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE :

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

DOCUMENTS NÉCESSAIRES:

- Coupon d'acceptation du règlement intérieur
- Photocopie du carnet de vaccination

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE:

- Une adhésion de 5€ par enfant vous sera facturée (valable du 1er septembre au 31 août)

VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant à l'année ? **Oui** **Non**

Si oui joindre une **ordonnance**, et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

J'autorise les encadrants des temps périscolaires et extra-scolaires à donner le traitement à mon enfant : **Oui** **Non**

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

ACM de SOTTEVAST - 8 RUE Saint Hermeland 50260 SOTTEVAST

Contact accueil de loisirs : 06.08.06.95.28. Mail: acm.sottevast@laliguenormandie.org
<http://www.acm.sottevast.laliguenormandie.org>

ACM de SOTTEVAST - 8 RUE Saint Hermeland 50260 SOTTEVAST

Contact accueil de loisirs : 06.08.06.95.28. Mail: acm.sottevast@laliguenormandie.org
<http://www.acm.sottevast.laliguenormandie.org>