

NOM :	PRÉNOM :	Groupe :
-------	----------	----------



FICHE SANITAIRE ANNEE 2019

A COMPLÉTER
et à nous
RETOURNER

Afin de mieux connaître votre enfant, d'être au plus près de vos préoccupations et d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document. Il **est obligatoire** pour une participation de votre enfant à toutes les activités.

ENFANT : NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : / / Age : Garçon Fille

Ecole fréquentée :

RESPONSABLE : NOM et PRÉNOM : Père Mère

LEGAL Adresse :

CP : VILLE : Tél. FIXE :

Portable **PÈRE** : Portable **MÈRE** :

ADRESSE MAIL :

2ème PARENT NOM et PRÉNOM : Père Mère

Adresse (si différente) :

CP : VILLE : Tél. FIXE :

Régime général : OUI NON si NON, autres régimes : MSA SNCF RATP

N° d'allocataire : Numéro de sécurité sociale :

Quotient Familial :

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :
ASTHME	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :
AUTRES (animaux, plantes, pollens,...)	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :

Préciser par écrit les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

.....

REGIME ALIMENTAIRE :

SANS PORC SANS VIANDE VEGETARIEN

CRÈME SOLAIRE : En l'absence de crème solaire fourni par vos soins, acceptez-vous que les animateurs appliquent une crème solaire sur votre enfant ?

OUI NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :

Photocopies des vaccins obligatoires : apporter le carnet de santé

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cochez la ou les case(s) correspondantes)

- Rubéole Varicelle Scarlatine Rhumatismes
 Coqueluche Otites Rougeole Oreillons

Si votre enfant suit un traitement médical durant sa présence sur le centre, joindre l'ordonnance récente avec les médicaments correspondants.

Attention : aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

En cas d'absence des parents, personnes à prévenir et autorisées à récupérer l'enfant :

NOM Prénom	Lien avec la famille	N° Téléphone Portable

AUTORISATIONS

- J'autorise le GOLA à utiliser les photos ou vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant... OUI NON
- J'autorise le GOLA à maquiller mon enfant..... OUI NON
- J'autorise le GOLA à transporter mon enfant..... OUI NON
- J'autorise le GOLA à consulter CAFPRO pour vérification éventuelle du quotient familial..... OUI NON
- J'autorise le GOLA à conserver une copie du document issu de CAFPRO..... OUI NON
- J'autorise mon enfant à rentrer seul (+ de 10 ans uniquement)..... OUI NON

LA DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (*rayez les mentions inutiles*), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser en cas de changement survenu en cours d'année.

J'autorise le responsable du Centre à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie – réanimation).

Si l'état de santé ne justifie pas son secours par le S.A.M.U ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux pas aller le chercher moi-même.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par le GOLA.

Je reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association

Fait à Annonay, le

Nom et Signature :