

FICHE SANITAIRE ET D'INSCRIPTION

Cadre réservé au CMA

Date certificat médical :

Photo

Stage semaine Mercredi

L'ENFANT

NOM : Prénom : Garçon Fille

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

École fréquentée : Arrdt : Publique Privée

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOM et prénom de la mère :

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

N° de téléphone domicile : N° de téléphone portable :

Adresse mail :@.....

NOM et prénom du père :

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

N° de téléphone domicile : N° de téléphone portable :

Adresse mail :@.....

ASSURANCES

Nom de l'assureur et N° de contrat d'assurance :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N° sécurité sociale couvrant l'enfant : [] [][] [][] [][] [][][] [][][]

Nom du médecin traitant : Téléphone :

* L'enfant suit-il un traitement médical ? [] Oui [] Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marqués au nom de l'enfant avec la notice)

* L'enfant est-il atteint de troubles récurrents de type alimentaire, asthmatique, médicamenteux, allergique ou autre [] Oui [] Non

Si oui, la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) est obligatoire. Pour cela, se procurer le dossier sur place à remplir par la famille et le médecin qui suit l'enfant.

* Autres difficultés de santé : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, etc. Préciser les précautions à prendre et la conduite à tenir :

* Recommandations des parents (prothèses, lunettes, etc.) :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

NOM, prénom, lien de parenté : N° de téléphone :

NOM, prénom, lien de parenté : N° de téléphone :

NOM, prénom, lien de parenté : N° de téléphone :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e), mère, père, tuteur, de l'enfant : déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs.

Autorise le directeur de la structure à agir en mon nom et à faire pratiquer sur mon enfant, les interventions chirurgicales d'urgence sur avis du médecin consulté : [] Oui [] Non

Autorise le centre et/ou la Mairie de Secteur à prendre en photo ou à filmer mon enfant dans le cadre de l'accueil de loisirs et à diffuser sur : http:// www.mairie.marseille1-7.fr, sur le Facebook Mairie des 1er et 7ème, dans la newsletter, sur affiches et flyers :

[] Oui [] Non

Autorise mon enfant à partir seul ou à être récupéré par une personne mineure [] Oui [] Non

Et m'engage, par la présente, à ne pas exercer de recours ultérieur en cas de publication de ces images dans un cadre interne.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Marseille, le/...../.....

Signature (suivie de la mention « lu et approuvé »)