



FICHE SANITAIRE 2019
ENFANTS
Association CAP à CITE

PHOTO

L'enfant



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphones parents :

Vaccinations

MERCI DE NOUS FOURNIR UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Renseignements

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non

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

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes :

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

ALLERGIES

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Médicamenteuses :

Alimentaires :

Asthme :

Autres :

Difficultés de santé et Recommandations utiles



(Ex : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, suivi...)

Préciser les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

.....

Responsable légal de l'enfant

Nom : Prénom :

Tél maison : Tél portable : Tél travail :

Nom et tél du médecin traitant :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant autorise les responsables de l'accueil de loisirs de Cap à Cité à présenter mon enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Si cela est possible, je souhaite une hospitalisation à l'hôpital le plus proche.

Date et Signature

(Précédée de la mention lu et approuvé)



FICHE ADHESION 2019 ENFANTS Association CAP à CITE

L'enfant



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

La Famille / Responsables légaux



Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphones :/.....

Mail :@.....

Montant du quotient familial : **Merci de nous fournir le document CAF**

Etat civil des parents



Mère

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone :

Téléphone travail :

Situation familiale :

Père

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone :

Téléphone travail :

Situation familiale :

Informations Complémentaires

Merci de nous préciser toutes informations qui vous semblent importantes (médicales ou autres) :

.....

.....

Dans le cadre de sa politique familiale, la CAF nous demande tous justificatifs de suivi particulier de votre enfant. Merci de nous fournir ces documents (ex : AEEH, MDPH, AJP, suivi IME, CAMPS....) ainsi qu'un **JUSTIFICATIF DE QUOTIENT FAMILIAL**

AUTORISATIONS PARENTALES

	J'AUTORISE	OUI	NON
Mon enfant de plus de 7 ans à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs			
Mon enfant à effectuer des trajets, liés aux sorties du centre de loisirs, dans tout véhicules (bus de cap à cité, mini bus, ...) ex : sortie piscine, équitation ...			
A voyager dans la voiture équipée de l'association Cap à Cité			
Que mon enfant se baigne sous la responsabilité d'un surveillant de baignade à la plage			
D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité			
D'appliquer de la crème ou gel type arnica pour les bosses			
Que mon enfant soit filmé et/ou photographié pour les activités manuelles (journal, fresque)			
Que mon enfant soit filmé et/ou photographié par La presse Locale			
Que mon enfant soit filmé et/ou photographié pour Le site internet de l'Association			
J'atteste avoir lu et accepte le règlement de l'accueil de loisirs			
J'atteste avoir pris connaissance du projet pédagogique de l'accueil de loisirs (disponible en consultation sur place, sur notre site internet ou sur simple demande)			

J'autorise les personnes notées ci-dessous à venir chercher mon enfant au centre de loisirs :

NOM	PRENOM	LIENS AVEC L'ENFANT	TELEPHONE