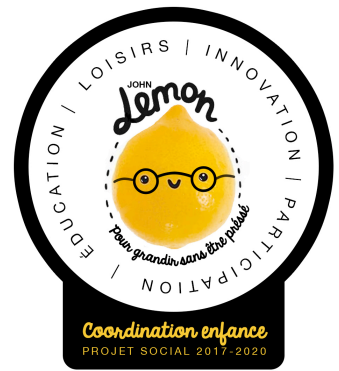


FICHE JOHN

(fiche sanitaire au nom de la mascotte enfance du Centre Social)

Validité de la fiche – 01/10/2017 > 30/09/2018

Aucune inscription ne pourra être prise sans fourniture préalable de ces documents.



INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom de l'enfant:

Date de naissance : Garçon Fille

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS

	PERE	ET /OU MERE
NOM PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL - COMMUNE		
TELEPHONE FIXE		
TELEPHONE PORT.		
TELEPHONE PROF.		
MAIL		

N° allocataire CAF : MSA :

Quotient Familial : Autre régime :

Si MSA, merci de préciser la caisse départementale :

Maine-et-Loire Loire-Atlantique Vendée Autre : précisez

ATTENTION : Si le quotient familial est mal renseigné, aucune minoration de tarif ne sera proposée.

En cas de besoin, le Centre Social est habilité par la CAF afin de disposer du quotient familial.

La participation des parents sur la mise en place des animations est toujours la bienvenue ! Merci de préciser si vous pouvez apporter votre aide (préparation de la salle, prêt de matériel, encadrement des enfants...):

.....
.....

AUTORISATION PARENTALE (merci de rayer les mentions en cas de refus)

Je soussigné M....., accepte que :

- Mon enfant participe aux déplacements en lien avec les différentes activités.
- Les animateurs prennent, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- Mon enfant soit photographié pour la communication (internet, presse, plaquettes, infos communales...)
- Je m'engage à informer le Centre Social de tout changement (téléphone, adresse, infos sanitaires, quotient familial...).

Notre enfant :

- Sera récupéré chaque soir par ses parents
- Est susceptible d'être récupéré par d'autres personnes. Précisez :
- Rentre seul après l'Accueil de Loisirs (uniquement à partir de 8 ans)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracop					
BCG					

- Le jeune suit-il un traitement ? OUI NON (si oui, joindre une ordonnance récente des médicaments correspondants)

- A-t-il eu les maladies suivantes ? (entourez-les)

Rubéole - varicelle - angine - rhumatisme articulaire aigu - scarlatine - coqueluche - otite - rougeole - oreillons

Allergies :

.....
.....

Difficultés de santé particulières et précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc...) :

.....
.....

Fait à :

Le :

Signature des parents :