

# FICHE SANITAIRE SECTEUR JEUNES 2024/2025

<b>NOM</b>		Saisi par : ____	
<b>Prénom</b>		<b>Classe (2024/2025) :</b>	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Né(e) le</b>		<b>DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER</b>	
<b>Et.Scolaire</b>		<b>Allergies :</b> <input type="checkbox"/> Alimentaires ..... <input type="checkbox"/> Médicamenteuses .....	
<b>VACCINATIONS</b>		<b>Maladies :</b> .....	
		<b>Autres :</b> .....	
<b>D. T. Polio</b>		/ /	
<b>R.O.R</b>		/ /	
<b>RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES</b>		<b>MEDECIN TRAITANT</b>	
<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I. <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Autre : .....		<b>Nom :</b> ..... <b>☎ :</b> / / / /	
<b>RESPONSABLE LEGAL</b>		<input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Autre : .....	
<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>☎ fixe</b>			
<b>☎ portable</b>			
<b>Mail (du destinataire facture)</b>		@	
<b>Profession</b>			
<b>Employeur</b>			
<b>☎ employeur</b>			
<b>Date de Naissance</b>			
<b>N° sécurité sociale</b>			
<b>Situation familiale</b>		<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Divorcés/Séparés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire	
<b>Régime allocataire (CAF, MSA, CMAF, ERDF...)</b>		<b>Régime</b> <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre ..... <b>N° Allocataire :</b> .....	
		<b>Régime</b> <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre ..... <b>N° Allocataire :</b> .....	
<b>AUTORISATIONS PARENTALES</b>			
<b>Je soussigné(e)</b> _____ <b>responsable légal de</b> _____			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>autorise (cocher la/les case(s) ci-dessous) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs sauf : _____.</li> <li><input type="checkbox"/> le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales)</li> <li><input type="checkbox"/> le centre social à utiliser pour ses publications, ses expositions, tous documents photo, vidéo sur lesquels les membres de ma famille et moi-même peuvent être présents</li> <li><input type="checkbox"/> mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à partir de : .....</li> <li><input type="checkbox"/> mon enfant à quitter l'accueil de loisirs accompagné par :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : / / / /</li> <li>Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : / / / /</li> <li>Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : / / / /</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>déclare (cocher les cases) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et périscolaires.</li> <li><input type="checkbox"/> autoriser la structure à saisir mes informations personnelles et médicales.</li> </ul> </li> </ul>			
Fait à La Rochelle, le		<b>Signature du ou des responsables légaux :</b>	