

FICHE SANITAIRE ACTIVITÉS PÉRI-ÉDUCATIVES

ENFANT

Nom & Prénom :

Informations utiles concernant l'état de santé de l'enfant :

Les habitudes de vie de l'enfant :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical

OUI

NON

Préciser : _____

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

Joindre la photocopie du carnet de santé

	NON	OUI
Rubéole :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Asthme : NON

OUI

si oui préciser :

ASSURANCE

Assurance maladie

N° de sécurité sociale :

Nom et adresse :

Assurance scolaire

N° de police :

Nom et adresse :

Joindre la photocopie d'assurance responsabilité civile ou scolaire

L'ENFANT AU T.A.P.

L'enfant fréquente t'il le T.A.P. de façon :

Régulière

Occasionnelle

Mode de sortie du T.A.P. :

BUS

SEUL

ACCOMPAGNÉ

PÉRISCOLAIRE SOIR

AUTORISATIONS ACTIVITÉS PÉRI-ÉDUCATIVES

Ayant pris connaissance des activités péri-éducatives,
je soussigné _____
responsable légal inscrit sur la fiche de renseignements,

- autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des activités péri-éducatives tout au long de l'année.
- autorise les animateurs ou journaliste local à photographier mon enfant dans le cadre des activités et autorise la diffusion des photos (bulletin municipal, presse locale,...)
- déclare l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à signaler tout changement de situation pouvant modifier les renseignements fournis.

Fait à

le

Signature du représentant légal :