

<b>NOM :</b>	<b>PRÉNOM :</b>	Groupe :
--------------	-----------------	----------



**A COMPLÉTER  
et à nous  
RETOURNER**

## FICHE SANITAIRE ANNÉE 2021

Afin de mieux connaître votre enfant, d'être au plus près de vos préoccupations et d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document. Il **est obligatoire** pour une participation de votre enfant à toutes les activités.

**ENFANT** : NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....  Garçon  Fille

Ecole fréquentée : .....

**RESPONSABLE** : NOM et PRÉNOM : .....  Père  Mère

**LÉGAL** Adresse : .....

CP. : ..... VILLE : ..... Tél. FIXE : .....

Portable **PÈRE** : ..... Portable **MÈRE** : .....

**ADRESSE MAIL** : .....

**2ème PARENT** NOM et PRÉNOM : .....  Père  Mère

Adresse (si différente) : .....

CP. : ..... VILLE : ..... Tél. FIXE : .....

Régime général :  OUI  NON si NON, autres régimes : MSA SNCF RATP

N° d'allocataire : ..... Numéro de sécurité sociale : .....

Quotient Familial : .....

**ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser : .....
P.A.I. (si OUI à fournir impérativement)	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser : .....
ASTHME	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser : .....
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser : .....
AUTRES (animaux, plantes, pollens,...)	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser : .....

Préciser par écrit les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** : .....

**CHOIX DES REPAS :**

MENU DU JOUR  MENU SANS VIANDE

**CRÈME SOLAIRE** : En l'absence de crème solaire fourni par vos soins, acceptez-vous que les animateurs appliquent une crème solaire sur votre enfant ?

OUI  NON

**Tournez SVP**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES :

Photocopies des vaccins obligatoires : apporter le carnet de santé

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cochez la ou les case(s) correspondantes)

- Rubéole     Varicelle     Scarlatine     Rhumatismes  
 Coqueluche     Otites     Rougeole     Oreillons

*Si votre enfant suit un traitement médical durant sa présence sur le centre, joindre l'ordonnance récente avec les médicaments correspondants.*

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

En cas d'absence des parents, personnes à prévenir et autorisées à récupérer l'enfant :

NOM Prénom	Lien avec la famille	N° Téléphone Portable

## AUTORISATIONS

- J'autorise le GOLA à utiliser les photos ou vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant...  OUI     NON  
J'autorise le GOLA à maquiller mon enfant.....  OUI     NON  
J'autorise le GOLA à transporter mon enfant.....  OUI     NON  
J'autorise le GOLA à consulter CAFPRO pour vérification éventuelle du quotient familial.....  OUI     NON  
J'autorise le GOLA à conserver une copie du document issu de CAFPRO.....  OUI     NON  
J'autorise mon enfant à rentrer seul (+ de 10 ans uniquement).....  OUI     NON

## LA DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL :

Je soussigné(e), ..... père, mère, tuteur (*ayer les mentions inutiles*), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser en cas de changement survenu en cours d'année.

J'autorise le responsable du Centre à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie – réanimation).

Si l'état de santé ne justifie pas son secours par le S.A.M.U ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux pas aller le chercher moi-même.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par le GOLA.

Je reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association

Fait à Annonay, le

Nom et Signature :