



*Réservé à l'administration*  
**NOM**  
**PRENOM**

2016 - 2017

# ALSH "Les Lucioles" Chantérac



**Accueil multi sites de la  
COMMUNAUTE DE COMMUNES ISLE VERN SALEMBRE**

**Chantérac 09 62 53 50 32**

**St Aquilin 05 53.05.86.25**

**St Germain du S. 06 30 83 86 69**

**Léguillac 05 53 54 61 85.**

**Courriel : [alshchanterac@ccivs.fr](mailto:alshchanterac@ccivs.fr)**



# Fiche sanitaire de l'enfant

## Assurance

Assurance responsabilité civile (nom et adresse) :

.....

N° de contrat : .....

**(Merci de joindre une attestation)**

## Médical

Médecin

traitant : .....  : .....

Adresse : .....

### **Vaccinations obligatoires**

Date de vaccination : DT coq Polio : ..... **(Joindre une photocopie)**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires ... ?  Oui  non

Si oui, précisez : .....

Doit-il les porter pour toute activité :  oui  non

Problèmes de santé particuliers à nous

signaler : .....

.....

Votre enfant est-il :

Asthmatique :  oui  non

Allergique :  oui  non

Selon le cas,

précisez : .....

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  oui  non

**(Si oui, le communiquer au directeur de l'accueil)**

## **N° de téléphone en cas d'urgence :**

Père : domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Mère : domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Autres :

Nom : ..... lien de parenté : .....  : .....

Nom : ..... lien de parenté : .....  : .....

**(Cocher le numéro à appeler en priorité)**

### Droit à l'image

J'accepte que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités Extra & Périscolaires et des Temps d'Activités Périscolaires (TAP) et que ces photos puissent être exploitées dans le cadre des moyens de communication utilisés par l'ALSH, la Mairie et la Communauté de Communes (journal local, blogs de la commune, site internet de la Communauté de Communes...)  oui  non

### Autorisation de déplacement

J'accepte que mon enfant effectue des sorties à pied dans le cadre des activités Extra & Périscolaires et des Temps d'Activités Périscolaires (TAP).

Ces sorties pourront avoir lieu sur différents sites de la Commune (Stade, terrain de jeux, aire de jeux, gymnase, bibliothèque, centre multimédia, piscine, salles intercommunales) ainsi qu'en forêt et toutes autres nécessitant un transport en bus.  oui  non

### Autorisation en cas d'urgence

Je soussigné(e), ..... (nom et prénom du parent ou du tuteur responsable) autorise le personnel d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (soins par un médecin, hospitalisation vers l'établissement le plus proche).

### Autorisation exploitation informations

J'autorise à utiliser les informations sur le site CAF PRO à partir de mon numéro d'allocataire et imprimer les documents pour les besoins du service.

oui  non

Fait à..... Le.....

Signature

**Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Accueil Extra & Périscolaire et des Temps d'Activités Périscolaires et m'engage à le respecter et à signaler tout changement relatif à cette fiche de renseignements.**

Date :.....

Signature du ou des responsable(s) légal (aux),