FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

Réservé à Planète Récré

FS réceptionnée par……..le…….....…. saisie par ……..le ……. ….... contrôlée par …..

CM remis le ……..

L'ENFANT

(1) L'acte de jugement ou tout autre document officiel de garde doit nous être fourni

Nom : ..... Prénom : ..... ☐ fille ☐ garçon

Né(e) le :..... Ecole fréquentée : ……. N° port: ……..

Lieu de naissance: …… Département ou pays : .....

N° de Sécurité Sociale du parent sous lequel l'enfant est assuré:

☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐

COMPOSITION DU FOYER FISCAL

REPRESENTANT LEGAL 1 (personne redevable de la facturation)

☐ Madame ☐ Monsieur Lien de parenté : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : …….

Situation familiale: ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e)(1) ☐ Séparé(e)(1) ☐ Veuf(ve) ☐ Personne seule ☐ Union libre ☐ Pacsé(e)

Nom : ……...…… Prénom:……...……..

Adresse : …… Code Postal : ……Commune……

Date de naissance: ……Profession : ……..……Employeur ……...……..

☐ CDI ☐ CDD ☐ Intérim ☐ Congé parental en cours ou prévu de ……..……à……..…….. ☐ autre

Adresse e-mail:……..……..…@.....

☎Domicile _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☎Portable _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☎ Professionnel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autres ☐ Numéro Allocataire CAF : ……..……..

CONJOINT DU REPRESENTANT LEGAL 1

☐ Madame ☐ Monsieur Lien de parenté : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : …….

Nom : ……...…… Prénom:……...……..

Adresse : …… Code Postal : ……Commune……

Date de naissance: ……Profession : ……..……Employeur ……...……..

☐ CDI ☐ CDD ☐ Intérim ☐ Congé parental en cours ou prévu de ……..……à……..…….. ☐ autre

Adresse e-mail:……..……..…@.....

☎Domicile _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☎Portable _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☎ Professionnel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autres ☐ Numéro Allocataire CAF : ……..……..

REPRESENTANT LEGAL 2 (à ne remplir qu'en cas de séparation ou divorce)

☐ Madame ☐ Monsieur Lien de parenté : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : …….

Situation familiale: ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e)(1) ☐ Séparé(e)(1) ☐ Veuf(ve) ☐ Personne seule ☐ Union libre ☐ Pacsé(e)

Nom : ……...…… Prénom:……...……..

Adresse : …… Code Postal : ……Commune……

Date de naissance: ……Profession : ……..……Employeur ……...……..

☐ CDI ☐ CDD ☐ Intérim ☐ Congé parental en cours ou prévu de ……..……à……..…….. ☐ autre

Adresse e-mail:……..……..…@.....

☎Domicile _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☎Portable _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☎ Professionnel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autres ☐ Numéro Allocataire CAF : ……..……..

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole, collège, lycée, autre...

(2) Mettre une croix dans la case concernée (3) actualisés et téléchargeables sur notre site internet http://www.planete-recre.com (4) barrer la mention inutile

PERSONNES MAJEURES (AUTRE QUE LES PARENTS)

à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher le jeune (ex: beau-père, grands-parents, voisins,...)

Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Urgence *	Autorisée de manière (2)	
				permanente	occasionnelle

Renseignements sanitaires

Un certificat médical d'aptitude est à fournir pour toute inscription.

Médecin traitant

Nom : ……...

Adresse : ……...

……..

Téléphone : ……...

Mon enfant porte :

Des lunettes oui □ non □

Des lentilles oui □ non □

Un appareil dentaire oui □ non □

Un appareil auditif oui □ non □

Autre (à préciser): ……...

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Est-ce que votre enfant présente des allergies alimentaires, médicamenteuses, autres? Suit-il un traitement de fond? Asthme ?.....

……..

MEDECIN SPECIALISTE (allergologue, pneumologue, …)

A renseigner obligatoirement en cas d'allergie alimentaire ou de troubles respiratoires (asthme)

Nom :…….

Spécialité : ……

Téléphone : …….

Seuls les traitements associés à un Projet d'Accueil Individualisé (allergie, asthme…) **ou à un protocole propre à la structure** (hyperthermie) **pourront être administrés aux enfants accueillis** en cas de nécessité.

Toutefois, les parents qui le désirent peuvent se rendre dans la structure pour administrer eux-mêmes le traitement de leur enfant.

Les parents doivent tenir la responsable informé des médicaments administrés durant les heures qui précèdent l'arrivée en structure, ceci pour éviter tout surdosage.

AUCUNE AUTOMÉDICAMENTATION N'EST AUTORISÉE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT.

Autorisations

Pour les sorties ou activité piscine:

J'autorise mon enfant à se baigner :

❒ oui ❒ non

Je certifie que celui-ci :

☐ Sait nager sur plus de 50m sans poser pied

☐ Se déplace sur plus de 25m dans l'eau avec accessoires de flottabilité

☐ Ne sait pas nager

Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à quitter seul(e) le Local Planète Jeune

Horaires temps scolaire:

► mercredi de 14h00 à 16h30 : oui □ à partir de ……non □
jusqu'au 12/02/2020

► mardi de 16h00 à 18h30 : oui □ à partir de …….. non □
à partir du 03/03/2020

► vendredi de 19h30 à 22h00 : oui □ à partir de …….. ... non □

Horaires pendant les vacances:

► Lundi de 14h00 à 16h30 : oui □ à partir de ……. …. non □

► Mardi de 14h00 à 16h30 : oui □ à partir de ……. …. non □

► Mercredi de 14h00 à 16h30 : oui □ à partir de ……. …. non □

► Jeudi de 14h00 à 16h30 : oui □ à partir de ……. …. non □

► Vendredi de 14h00 à 18h30 : oui □ à partir de ……. …. non □

► Vendredi de 19h30 à 22h00 : oui □ à partir de ……. ... non □

- J'autorise la Responsable ou les Responsables Adjointes de l'Accueil de Loisirs à donner un antipyrétique à base de paracétamol en cas de fièvre (selon le protocole du règlement de fonctionnement), à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à payer l'intégralité des frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.
- J'autorise l'A.G.A.P.E.J à envoyer les factures, les brochures et autres informations par mail du Représentant Légal 1
- J'autorise l'A.G.A.P.E.J à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant, pour ses supports d'information dont son site Internet.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais d'inscription m'incombant. En cas de non-paiement des frais de garde, l'enfant peut être radié de la structure après avis du Président. Toute somme non payée à l'échéance donnera lieu à paiement de pénalités de retard fixées à une fois et demie le taux d'intérêt légal. Ces pénalités seront exigibles à compter du quinzième jour qui suit la deuxième relance, adressée par lettre recommandée avec avis de réception, restée infructueuse. S'ajoutera à ces pénalités un forfait de 15 euros afin de couvrir les frais de relance.
- J'approuve le règlement de fonctionnement du local jeunes qui m'a été communiqué et y adhère sans restriction
- Je certifie qu'un exemplaire du Projet éducatif et du Projet Pédagogique m'ont été communiqués (3)

Je/Nous(4) soussignés Madame, Monsieur(4)…….....……. …….

responsables légaux de l'enfant certifient que les informations fournies sont exactes et déclarent avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs(3).

☐ **Je/Nous(4) accepte/tons(4) que les données personnelles transmises sur cette fiche soient utilisées au fin du traitement du dossier (l'inscription ne peut se faire sans cette acceptation).** Les personnes concernées par les données bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement, dans les conditions établies par la loi. Ces droits peuvent être exercés en envoyant un courriel à l'adresse suivante: accueil@planete-recre.com ou par courrier à l'adresse suivante: Planète Récré, rue du Rhin 68180 HORBOURG WIHR. Pour plus d'informations, notre politique de confidentialité est accessible sur notre site internet ou à l'accueil.

Fait à .....le..... Signature(s),