



ASSOCIATION LES MARMOTTONS

51 rue du vieux village – 74410 DUINGT

lesmarmottons@orange.fr

04.50.68.59.32 – 06.83.20.64.21

FICHE SANITAIRE 2024/2025

En cas d'accident, l'équipe doit pouvoir prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Il est donc indispensable que vous complétiez les informations suivantes :

ENFANT A INSCRIRE	ECOLE FREQUENTEE
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Né(e) le : _____ Age : _____ ans

N° d'allocataire CAF : _____ Quotient familial : _____ Régime MSA :

NOM / PRENOM / ADRESSE DU (DES) RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX)	
Qualité : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	Qualité : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse _____	Adresse _____
Code Postal : _____	Code Postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
Tel. Portable : _____	Tel. Portable : _____
Tel. Professionnel : _____	Tel. Professionnel : _____
Tel. Domicile : _____	Tel. Domicile : _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____

Situation familiale particulière : _____

Jugement : oui – non – en cours (entourer la réponse correspondante si besoin)

Mon enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : _____

Mon enfant une allergie alimentaire ou une affection chronique : oui non

Si oui, laquelle : _____

Personne(s) **majeure(s)** autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE PORTABLE

Mon enfant a-t-il un P.A.I ? (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non

SANTE DE L'ENFANT
Antécédents (opérations, accidents...) : _____
Problème(s) de santé : _____
Dernières vaccinations DTP (Diphtérie – Tétanos – Polio) : Le _____
Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE
Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame _____ autorisons l'anesthésie de notre fils/fille _____ au cas où, serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale. Le ____/____/____ Signature :
DROIT A L'IMAGE
Je soussigné(e) Mr et/ou Mme _____ Parent de l'enfant _____ Autorise l'accueil de loisirs à photographier et/ou à filmer mon enfant au cours des activités pour une usage interne. Le ____/____/____ Signature :

