

# FICHE SANITAIRE 2022 ET DROIT A L'IMAGE

PHOTO DE  
L'ENFANT

## 1-INFORMATIONS

| INFORMATIONS DE L'ENFANT      |   |                    |  |
|-------------------------------|---|--------------------|--|
| Nom de l'enfant               |   | Prénom de l'enfant |  |
| Date de Naissance             |   | Lieu de Naissance  |  |
| Sexe (cocher la case requise) | <input type="checkbox"/> Fille<br><input type="checkbox"/> Garçon |                    |  |
| Adresse postale (obligatoire) |   |                    |  |

| INFORMATIONS DE LA MÈRE/DE LA RESPONSABLE LÉGALE |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Nom de la mère/de la responsable légale          |   | Prénom de la mère/de la responsable légale |  |
| Téléphone fixe                                   |   | Téléphone portable                         |  |
| Adresse Mail                                     |   |  |  |
| Adresse postale (obligatoire)                    |   |  |  |
| Situation familiale (Cocher la case requise)     | <input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Mariée<br><input type="checkbox"/> Divorcée<br><input type="checkbox"/> Pacsée<br><input type="checkbox"/> Autres :..... |  |  |

| INFORMATIONS DU PÈRE/DURESPONSABLE LÉGAL     |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Nom de la mère/de la responsable légale      |  | Prénom de la mère/de la responsable légale |  |
| Téléphone fixe                               |  | Téléphone portable                         |  |
| Adresse Mail                                 |  |  |  |
| Adresse                                      |  |  |  |
| Situation familiale (Cocher la case requise) | <input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Marié<br><input type="checkbox"/> Divorcé<br><input type="checkbox"/> Pacsé<br><input type="checkbox"/> Autres :..... |  |  |

## 2-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

|  |  |
|--|--|
| Numéro Carte Vitale (si besoin d'amener aux urgences)                  |  |
| Vaccination  | <b>FOURNIR LES DIFFÉRENTES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ (OU PHOTOCOPIE)</b>   |
| Allergies (cause de l'allergie et conduite à tenir ? automédication ?) | Quelles allergies ?.....<br>.....<br>Que faire ?.....<br>.....<br>Automédication (Oui ou Non) ?.....   |
| Recommandations utiles des parents (Cocher la case requise)            | <input type="checkbox"/> Lunettes<br><input type="checkbox"/> Lentilles<br><input type="checkbox"/> Prothèses auditives<br><input type="checkbox"/> Autres:..... |

Information : Nous n'avons pas le droit de donner de médicaments sans ordonnance.

Cependant, si un enfant ne se sent vraiment pas bien, que l'on contacte un médecin du 15 et qu'il nous autorise à lui donner un médicament, cela agit comme une ordonnance (les communications avec le 15 étant enregistrées).

## 3-AUTRES AUTORISATIONS

|  |                              |
|--|------------------------------|
| J'autorise mon enfant à être pris en photo. Ses photos peuvent être utilisées pour les différents modes de communication de l'OCAS (journal, site internet de l'OCAS, pages des différents réseaux sociaux de l'OCAS). |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui   | <input type="checkbox"/> Non |

Je soussigné ....., responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature du ou des parent(s)/responsable(s) légal(aux)