

Année scolaire 2024

Coller la Photo  
de l'enfant

Pôle Enfance Jeunesse  
154, Avenue Jean Giono  
84440 ROBION  
[04 90 76 43 56](tel:0490764356)

[affaires-scolaires@mairie-robion.fr](mailto:affaires-scolaires@mairie-robion.fr)



## FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRE ALSH LES MINOTS DU LUBERON

### Enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Poids : ..... Taille : .....

### Informations administratives

Numéro de sécurité sociale .....

CPAM

MSA

### Autorisations :

J'autorise mon enfant à participer aux activités éducatives et sorties organisées dans le cadre de l'ALSH. OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées sous la responsabilité des maîtres-nageurs ou du surveillant de baignade. OUI  NON

J'autorise la mairie de Robion à photographier ou filmer mon enfant et à utiliser ces images pour différents supports de communication. OUI  NON

J'autorise mon enfant à voyager en bus ou en mini bus pour les sorties proposées. OUI  NON

J'autorise l'ALSH à utiliser les renseignements de la fiche famille fournis au service périscolaire (début d'année scolaire). OUI  NON

### Pièces obligatoires :

- Attestation d'assurance
- Carnet de vaccination
- Justificatif de domicile
- Justificatif de quotient familial
- Une photographie d'identité

### Vaccinations- informations médicales

Vaccins OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Je suis informé(e) qu'aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**Informations complémentaires :**

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI  NON

L'enfant est-il à l'aise dans l'eau ? OUI  NON

Porte-t-il des brassards ? OUI  NON

**Fournir l'attestation de nage avec brassard ou d'aisance aquatique**

Votre enfant fait la sieste OUI  NON

Votre enfant est-il propre ? OUI  NON

**Signature règlement intérieur :**

Je soussigné(e) .....responsable légal de  
l'enfant .....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant ; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et /ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

A \_\_\_\_\_, le

Signature du père / Signature de la mère / signature du tuteur