

FICHE SANITAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

Valable du 1^{er} Septembre 2025 au 31 Août 2026

DOCUMENT CONFIDENTIEL

(Obligatoire : remplir une fiche par enfant).

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : ☐ Masculin - ☐ Féminin

Etablissement Scolaire : ☐ Arpajon-sur-Cère - ☐ Vézac - ☐ Giou de Mamou - ☐ Yolet - ☐ Carlat - ☐ Labrousse - ☐ Autres

Classe: ☐ PS - ☐ MS - ☐ GS ☐ CP - ☐ CE1 - ☐ CE2 - ☐ CM1 - ☐ CM2

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom		
Prénom		
Lien avec l'enfant		
Autorité parentale	☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non
<i>En cas de séparation des parents, un jugement a-t-il été prononcé. Si oui, nous remettre une copie de la décision</i>		
Adresse		
Mail		
Profession		
Employeur		
Numéro de Sécurité Sociale		
Mutuelle (Nom et Numéros de contrat)		
Numéro CAF ou MSA		

Vous ne souhaitez pas communiquer votre n° d'allocataire CAF ou MSA pour le calcul du quotient familial, le tarif maximum sera alors appliqué.

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Situation familiale : ☐ Célibataire - ☐ Marié(e) - ☐ Veuf(ve) - ☐ Vie Maritale - ☐ Divorcé(e) - ☐ Séparée(e) - ☐ Pacsé(e)

FRERE(S) ET / OU SŒUR(S)

Nom / Prénom	Date de naissance

PERSONNES MAJEURES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

(ces personnes seront invitées à présenter un justificatif d'identité avec photo)

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphone
		/...../...../...../.....
		/...../...../...../.....
		/...../...../...../.....

DECHARGE DE RESPONSABILITE : Je décharge l'Association « Centre Social et Culturel d'Arpajon/Cère » de toutes responsabilités à partir de son départ.

Quittera seul(e) (**uniquement pour les collégiens**) le Centre Social et Culturel d'Arpajon-sur-Cère à (heure) :



EN CAS D'URGENCE PREVENIR

Nom / Prénom :Téléphone :/...../...../...../.....

Nom / Prénom :Téléphone :/...../...../...../.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : Dr.....

Adresse :Téléphone :/...../...../...../.....

VACCINATION

Joindre obligatoirement une attestation des vaccinations à jour délivrée par votre médecin

Si vous nous avez déjà fourni l'attestation en 2025, vous n'avez pas besoin de nous la refournir sauf si il y a eu des nouveaux vaccins.

(Les photocopies du carnet de vaccination ne fonctionne plus)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ Oui – ☐ Non

L'enfant porte-t-il un appareil dentaire ? ☐ Oui – ☐ Non

L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente. Si besoin d'administrer des médicaments, merci de notifier le nom de l'enfant sur la boîte et fournir une autorisation parentale. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il des allergies ? ☐ Oui – ☐ Non

Asthme ☐ Oui – ☐ Non

Médicamenteuses ☐ Oui – ☐ Non Si oui, lesquelles

Alimentaires ☐ Oui – ☐ Non Si oui, lesquelles

Autres :

Conduite à tenir en cas d'allergie :

L'enfant bénéficie-t-il d'un régime spécifique ☐ Oui – ☐ Non Si oui, lequel

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé) ? ☐ Oui – ☐ Non

Si oui, fournir une copie du PAI et du protocole à suivre. Une trousse au nom de l'enfant, avec le traitement et l'ordonnance, devra être déposée au sein de la structure d'accueil.

L'enfant présente-t-il un handicap ou un problème de santé ? ☐ Oui – ☐ Non

Si oui, une rencontre avec la direction du Centre Social et Culturel doit être prévue avant l'accueil de l'enfant

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? ☐ Oui – ☐ Non

Si oui, merci de nous fournir la notification

AUTORISATION DES PARENTS

AUTORISE mon enfant à participer à toutes les activités et jeux organisés dans le cadre du Centre de Loisirs sans Hébergement et séjours organisés par le Centre Social et Culturel d'Arpajon.

☐ OUI - ☐ NON

Autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin

☐ OUI - ☐ NON (Si oui, centre de soins choisi :)

Autorise le Centre Social et Culturel à utiliser l'image photographique de mon enfant pour les publications de l'Association (plaquettes, rapport d'activités, expos photos, site internet, réseaux sociaux...)

☐ OUI - ☐ NON (**En cas de refus, nous faire parvenir un courrier à l'attention de Madame la Directrice**).

AUTORISE le Centre Social et Culturel à **consulter et conserver mon Quotient Familial sur le site CDAP ou MSA.**

☐ OUI - ☐ NON

Approuve le règlement de fonctionnement de l'accueil péri/extrascolaire et séjours (consultable sur le site internet).

☐ OUI – ☐ NON

Ecrire « **Lu et Approuvé** », dater et signer