

# FICHE SANITAIRE

# 2022



**NOM :**

**PRÉNOM :**

**N° ADHÉRENT :**

# FICHE SANITAIRE

## ENFANT JEUNE

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

Scolarité / établissement : \_\_\_\_\_

Mode de garde :  Par ses deux parents  Mère seule

Alternée  Père seul

Autre

## MEDECIN TRAITANT

NOM : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Date vaccination DT POLIO : \_\_\_\_\_

Maladies eues :

Rubéole  Rougeole  Scarlatine  
 Coqueluche  Varicelle  Asthme

Autre maladies : \_\_\_\_\_

Traitements(s) en cours : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

L'enfant sait-il nager :

OUI  NON

L'enfant a-t'il un Brevet de Natation :

OUI  NON

Si oui, quelle distance ?: \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

Alimentaires : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Autres informations sur l'alimentation : \_\_\_\_\_

Ne mange pas de viande

Ne mange pas de porc

## PRISE EN CHARGE (AUTRE QUE PARENTS)

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

Autorise les photos dans le cadre de nos activités  
(Droit à l'image, diffusion sur les sites, les documents du centre...) :

- OUI  
 NON

Autorise à prendre les dispositions nécessaires  
En cas d'urgence médicale, hospitalisation, intervention :

- OUI  
 NON

## FACTURATION

### 1er RESPONSABLE

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

N° Allocataire : \_\_\_\_\_

### 2nd RESPONSABLE

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

N° Allocataire : \_\_\_\_\_

## DOCUMENTS À REMETTRE

- CARNET DE SANTÉ
- CARTE DE MUTUELLE
- ASSURANCE SCOLAIRE
- ATTESTATION SÉCURITÉ SOCIALE
- ATTESTATION QUOTIENT FAMILIAL
- CAF, MSA

Je certifie sincères et conforme les  
informations contenues dans ce  
formulaire

Fait le : \_\_\_\_\_

À : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

# *Notre Utopie...*

## **...le Bien Vivre Ensemble**

à savoir ;

être heureux de passer du temps ensemble autour du plaisir et du partage,  
permettre la rencontre et l'écoute de l'autre dans la tolérance et le respect,  
construire un avenir commun fondé sur la transmission,

**donner et recevoir dans une démarche solidaire quel que soit son  
parcours, ses fragilités, ses forces**

c'est-à-dire :

que chacun, dans sa singularité, soit reconnu, respecté afin qu'il s'épanouisse et  
continue à se réaliser.

**Qu'il est nécessaire de tisser des liens, s'épauler, partager et être  
solidaire**

pour créer un lieu où s'exerce la solidarité et faire en sorte que chaque individu y  
trouve du bien-être et de la confiance.

**Sortir de sa coquille :**

se donner les moyens d'être en capacité d'agir sur et dans son environnement  
(*par l'écoute, le savoir, la connaissance et l'expérience...*) : être citoyen,  
**cultiver les graines de la coopération, du faire et grandir ensemble.**

En adhérant à l'Association, et en remplissant ce formulaire d'inscription vous acceptez que l'on mémorise et utilise vos données personnelles (*collectées dans ce formulaire*) dans le but d'améliorer nos interactions. En l'occurrence, vous autorisez l'Association PRIMEVERE LESSON à communiquer occasionnellement avec vous si elle le juge nécessaire afin de vous apporter des informations supplémentaires sur ses projets et appels à dons via les données collectées ci-dessus.

Afin de protéger la confidentialité de ces données personnelles, l'Association s'engage à ne pas les divulguer, partager ou les transmettre à d'autres entités, organismes ou entreprises, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de protection des données personnelles et à notre politique de protection des données.