

FICHE SANITAIRE

Nom du responsable qui couvre l'enfant :
 N° Sécurité sociale : Centre payeur :
 Nom du médecin traitant : Tel :

| Vaccinations | Oui | Non | Date dernier rappel | Maladie contractées (Mettre une croix si oui) | | |
|----------------------------|-----|-----|---------------------|--|-------------|--|
| | | | | Rubéole | Rhumatismes | |
| Dtpolio | | | | | | |
| Ou Tétracoq | | | | Otites | Angines | |
| BCG | | | | Varicelle | Coqueluche | |
| Hépatite B | | | | Scarlatine | | |
| Rubéole-oreillons-rougeole | | | | Oreillons | | |

Allergies : Asthme – alimentaires – médicamenteuses (entourez les réponses concernées) – Autres :

PAI : Oui (le signaler à la direction) Non

Régime alimentaire :

Traitement médical :

Non Oui (Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants)

N° téléphone où vous prévenir en cas d'urgence :

Personne autorisée (autre que les parents) à venir récupérer votre enfant :

AUTORISATION CAF PRO

J'autorise l'ABC à accéder aux données personnelles des familles via le logiciel CAF PRO : Oui Non

Cette fiche est utilisée exclusivement par l'ABC Blanquefort et en aucun cas à toutes personnes ou à un autre organisme.

A.B.C



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A.B.C

Nom : **Prénom** :
 Date de naissance : Sexe : F M

| Père | Mère |
|---------------------|---------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| Portable : | Portable : |
| Tél travail : | Tél travail : |
| Profession : | Profession : |

Adresse pour facturation : Père Mère
 Autre :

Régime général MSA

N° Allocataire/CAF : Clé Mairie :

Adresse mail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
 l'autorise à participer à toutes les activités organisées par le centre. J'autorise également les personnes encadrant à faire pratiquer sur lui, en cas d'urgence, toute intervention jugée nécessaire par son état de santé.

Après les activités l'enfant peut partir seul àh.....

L'enfant ne peut partir du centre qu'accompagné

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à Blanquefort, le Signature

AUTORISATION DE LIBERATION DES DROITS A L'IMAGES PERSONNELLE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur autorise l'A.B.C à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre de la page Facebook chaîne Youtube, du journal et du programme ABC. Attention : l'Association décline toute responsabilité en cas d'exploitation des images de l'enfant par le piratage des données présentes sur le site : www.abc-blanquefort.fr

Fait à Blanquefort, le / /

Signature

