

## FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE 2023 / 2024

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

FILLE GARÇON

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

NIVEAU SCOLAIRE :

### RESPONSABLE LEGAL 1

MERE PERE TUTEUR LEGAL

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

SITUATION FAMILIALE : MARIE(E) PACSE(E) VEUF/VE VIE MARITALE SEPRE(E) DIVORCE(E) CELIBATAIRE

📞 PORTABLE :

📞 DOMICILE :

MAIL :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

📞 PROFESSIONNEL :

REGIME D'APPARTENANCE A LA SECURITE SOCIALE :

GENERAL MONACO MSA AUTRES

### CONJOINT

MERE PERE TUTEUR LEGAL

NOM / PRENOM :

📞 PORTABLE :

📞 DOMICILE :

MAIL :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

📞 PROFESSIONNEL :

REGIME D'APPARTENANCE A LA SECURITE SOCIALE :

GENERAL MONACO MSA AUTRES

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

OUI NON

ANGINE

COQUELUCHE

OREILLONS

OTITE

OUI NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

ROUGEOLE

RUBEOLE

AUTRES :

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ? OUI\* NON

Si OUI, JOINDRE UNE ORDONNANCE RECENTE ET LES MEDICAMENTS CORRESPONDANTS (BOITES DE MEDICAMENTS DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUEES AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE).

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

ALLERGIES : OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR, SI AUTOMEDICATION LE SIGNALER

VOTRE ENFANT EST PORTEUR D'UN HANDICAP ? OUI NON

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL DE L'ALLOCATION ENFANT HANDICAPE (AEH) ? OUI\* NON

\*SI OUI JOINDRE L'ATTESTATION MDPH

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION),

PRECISEZ LES DATES ET PRECAUTIONS A PRENDRE :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

MEDECIN TRAITANT :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE ETC....  
PRECISEZ :

VOTRE ENFANT SUIV-IL UNE ALIMENTATION SANS PORC ? OUI NON

## FACTURATION

### QUOTIENT FAMILIAL

ALLOCATAIRE CAF N°

NOMBRE D'ENFANT(S) A CHARGE :

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE DERNIER QUOTIENT CALCULE PAR LA CAF**

REGIME SPECIAL (MSA OU MONACO) OU LES FAMILLES N'AYANT PLUS DE DROITS OUVERTS A LA CAF  
FOURNIR LE OU LES AVIS D'IMPOSITION N-1

**A DEFAUT DE CE DOCUMENT, LE TARIF MAXIMUM SERA APPLIQUE.**

J'AUTORISE LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNE(E) :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

DECLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE ET :

- AUTORISE MON ENFANT (SELON LES HORAIRES PREVUS) A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITES ET SORTIES DURANT LES VACANCES SCOLAIRES, ET A FREQUENTER LIBREMENT LA STRUCTURE AU COURS DE L'ANNEE : OUI NON

- AUTORISE MON ENFANT A UTILISER LES VEHICULES DE TRANSPORTS ET DE SERVICE : OUI NON

- AUTORISE MON ENFANT A QUITTER SEUL(E) LA MAISON DE LA JEUNESSE ET DES LOISIRS A LA FIN DES ACTIVITES SELON LES HORAIRES PREVUS : OUI\* NON

*\*LE JEUNE NE SERA PLUS SOUS LA RESPONSABILITE DES ANIMATEURS DES LORS QU'IL QUITTE LE CENTRE*

- AUTORISE LE RESPONSABLE DE LA MAISON DE LA JEUNESSE ET DES LOISIRS A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MEDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT: OUI NON

- AUTORISE LA MAISON DE LA JEUNESSE ET DES LOISIRS A UTILISER, EN CEDANT TOUT DROIT, TOUTES PHOTOS OU VIDEO DE MON ENFANT PRISES AU COURS DE LA PERIODE, Y COMPRIS CELLES FAITES PAR LES ADOLESCENTS EUX-MÊMES, POUR TOUTE UTILISATION DANS LE CADRE DE SA COMMUNICATION : OUI NON

JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR.

FAIT A :

LE :