FICHE SANITAIRE 2021/2022

Espace d’Animations Arthuss

**JEUNES** Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :………….. Tel portable du jeune :……………………………………

Sexe : Scolarisé à : …………………………………….Régime alimentaire :

Adresse postale : Code postal : Ville :

1. **RESPONSABLE DU MINEUR**

Nom : Prénom :

Tél domicile : Tél travail : Tél portable :

Adresse mail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Régime allocataire : □ CAF □ MSA □ AUTRE :

N° d’allocataire :

N° de sécurité sociale obligatoire (dont dépend l’enfant) :

* **J’autorise la diffusion de l’image de mon enfant sur tous supports de communication non commerciaux : □ Oui □ Non**
* **J’autorise mon enfant à partir seul à la fin de l’activité : □ Oui □ Non**

**Si non, coordonnées des personnes autorisées à venir le chercher :**

1. **VACCINATIONS** OBLIGATOIRE : pour tout dossier incomplet, l’inscription ne pourra être validée.

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l’enfant :

Remplir le tableau ci-dessous et joindre les photocopies des pages du carnet.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche |  |
| Tétanos |  |  |  | Hépatite B |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | Autres (Préciser) |  |
| Ou Tétra coq |  |  |  | BCG |  |

SI LE MINEUR N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION, LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Suit-il un traitement médical ? □ Oui □ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L’ENFANT A-T-IL DÉJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asthme | Alimentaires | Médicamenteuses | Autres (animaux, plantes, pollen…) |
| □ Oui □ Non | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |

Si oui, précisez la cause de l’allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d’informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? □ Oui □ Non

.

L’ENFANT A-T-IL DÉJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole  □ Oui □ Non | Varicelle  □ Oui □ Non | Angine  □ Oui □ Non | Coqueluche  □ Oui □ Non | Rhumatismes articulaire aigu  □ Oui □Non |
| Oreillons  □ Oui □ Non | Otite  □ Oui □ Non | Rougeole  □ Oui □ Non | Scarlatine  □ Oui □ Non |

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d’appareils dentaires ou auditifs, comportement de l’enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage à les réactualiser si nécessaire.

J’autorise le responsable de l’activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l’état de santé de ce mineur.

Date : Signature obligatoire :

ACTIVITÉS ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

1. **MODALITÉS D’INSCRIPTION**

Inscriptions à l’Espace d’Animations Arthuss

2 Avenue de Lattre de Tassigny

68920 Wintzenheim

Téléphone : 09.67.30.72.45

Email : [mbey@mairie-wintzenheim.fr](mailto:mbey@mairie-wintzenheim.fr)

**Merci de vous munir :**

* De la fiche sanitaire
* D’une assurance scolaire-extrascolaire
* De la copie du carnet de vaccination
* Du N° d’allocataire CAF
* D’un moyen de paiement (chèque ou espèces)
* D’une pièce d’identité attestant l’âge du jeune

Ordre de priorité d’inscription :

1er Résident de la commune de Wintzenheim

2ème Non résident mais scolarisé dans la commune de Wintzenheim

3ème Non résident et non scolarisé dans la commune de Wintzenheim (uniquement s’il reste des places disponibles).

1. **ADHÉSION ANNUELLE OBLIGATOIRE (année scolaire)**

|  |
| --- |
| Adhésion de 11 à 17 ans |
| 5€ |
|  |

1. **ACTIVITÉS ET TARIFS**

|  |  |
| --- | --- |
| Cuisine | Pêche |
| 10€ | 10€ |
|  |  |

1. **ACTIVITÉS GRATUITES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mercredis | Espace jeunes | Futsal |
|  |  |  |

1. **RÈGLEMENT**

Somme totale :

□ Espèces □ Chèques (à l’ordre du Trésor Public)

Fait à : Date :

Signature obligatoire