



Fiche Sanitaire de liaison 2010-2011

Restaurant scolaire/accueil périscolaire/Accueil de loisirs/étude.

Nom et Prénom.....

Date de naissance.....

École et classe fréquentées.....

Frères et sœurs : noms, prénoms et dates de naissance.....

	Père de l'enfant	Mère de l'enfant
Coordonnées personnelles (Nom, Adresse et ☎) adresse mail @		
Profession		
Coordonnées de l'employeur (Nom, Adresse et ☎)		
Attestation CAF ou N°allocataire CAF / MSA (indispensable pour l'application des quotients)		
	<input type="checkbox"/> Autorise la mairie à consulter et à utiliser des informations individualisées de mon dossier prestation familiale CAF. <input type="checkbox"/> N'autorise pas la consultation et l'utilisation des informations individualisées de mon dossier prestation familiale CAF. Conformément à la Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. <u>Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier sinon le tarif maximum du service public utilisé vous sera appliqué.</u>	
N° de sécurité sociale + Centre de paiement + Mutuelle complémentaire		

Situation familiale : célibataire mariés vie maritale PACS
divorcés séparés veuf

- Tout changement dans la situation familiale et/ou professionnelle doit être signalé par écrit à la Mairie avec les justificatifs nécessaires le cas échéant, afin que la nouvelle situation soit prise en compte.

Si les coordonnées des deux parents sont différentes, merci de nous indiquer qui prend en charge les factures afférentes aux activités de l'enfant :

Père

Mère

Nom et coordonnées téléphoniques de la personne à prévenir en cas d'urgence

Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant de l'enfant :

Merci d'indiquer ici les informations complémentaires relatives à l'état de santé de l'enfant (allergies, asthme, malaises etc....)

Si allergies, prendre contact avec Mme GOURLAY (responsable de la restauration scolaire). **Un certificat médical d'un spécialiste, allergologue, sera exigé pour que l'allergie soit prise en compte par la cuisine centrale.**

Régime particulier : Sans porc : Autre : préciser :

Vaccinations :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélie				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG n'est plus obligatoire depuis le 07/07				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser) :	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

L'Enfant peut il rentrer seul, seulement pour ALSH et APS et étude ?

Oui - Joindre l'autorisation parentale

Non - Indiquer les personnes pouvant le raccompagner.....

Assurance responsabilité civile : Nom et adresse de la compagnie + n° de contrat.....

Ayant pris connaissance des règlements intérieurs des différentes structures d'accueil :

Restauration scolaire APS ALSH Etude (école publique) et des conditions financières,

Je soussigné (ou nous soussignons si parents séparés),.....

Responsable légal de l'enfant :

1/ Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche

2/ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH (déplacements à pieds, à vélo, en transport en commun, en véhicule municipal – baignades – camping - visites.) Oui Non

3/ Autorise l'équipe d'animation à photographier mon enfant, seulement en groupe à des fins d'expo photos interne aux activités de la structure et pour le bulletin municipal, le Ouest France ou encore le site Internet de la commune. Oui Non

4/ Autorise les organisateurs et le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicale, à appeler le médecin qui effectuera le suivi médical et qui jugera de l'opportunité d'une hospitalisation. Oui Non

5/ Je m'engage à inscrire mon enfant préalablement et à régler la facture correspondante à cette inscription.

6/ Je m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

7/ Je m'engage à régler les frais de détériorations occasionnés par mon enfant tant au niveau des locaux, que du matériel mis à disposition.

Fait à

Le.....

Mention « lu et approuvé »

et signature des deux parents