

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

Cette fiche permet de recueillir les renseignements qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Nous vous rappelons que la législation en vigueur, rend obligatoire ces déclarations.

ENFANT

NOM : Prénom : Sexe F / M

Date et Lieu de naissance :

Ecole : Classe :

VACCINATIONS

Fournir obligatoirement une photocopie des vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : (nom, adresse, numéro de téléphone)

.....
.....

Allergies (ex. Asthme, Alimentaire, Médicamenteuse...)

Pour toutes allergies ou maladies chroniques, un protocole d'accueil individualisé (PAI) sera exigé à l'inscription.

oui non

Si oui, précisez la conduite à tenir

.....
.....
.....

Recommandation utiles des parents

Difficultés de santé (maladie, accident, opération, rééducation, convulsions)

Port de lunettes, lentilles, prothèse auditive ou dentaire

AUCUN MEDICAMENT ne sera administré sans protocole d'accueil.

.....
.....
.....

ASSURANCES

Régime d'affiliation de l'enfant

Sécurité Sociale MSA Autre, précisez :

Numéro d'affiliation :

Responsabilité Civile (joindre une photocopie de l'attestation d'assurance)

Nom :

Numéro de contrat :

La commune a souscrit un contrat d'assurance en responsabilité civile. Toutefois, celui-ci ne se substitue pas à votre obligation légale de souscrire une assurance Responsabilité Civile personnelle. Cette assurance doit couvrir tous les dommages que peut causer votre enfant sur le temps non scolaire.

CAF

N° allocataire CAF :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

PERE :

Nom : Prénom :

Adresse :

Courriel :

🏠 : Domicile : 📱 Portable :

Profession : 🏢 Travail :

Facturer à l'adresse ci-dessus

MERE :

Nom : Prénom :

Adresse :

Courriel :

🏠 : Domicile : 📱 Portable :

Profession : 🏢 Travail :

Facturer à l'adresse ci-dessus

AUTRES PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant

Sans autorisation écrite l'enfant ne sera confié qu'au(x) responsable(s) légal(aux).

Nom Prénom

n° de téléphone

.....

.....

.....

.....

DROIT D'UTILISATION A L'IMAGE

Je soussigné(e),

responsable légal(e) de l'enfant

autorise n'autorise pas

le personnel municipal à prendre des photos et à filmer mon enfant dans le cadre des animations proposées dans ses structures, et autorise la commune à utiliser ces images dans ses divers supports de communication, afin de valoriser la dynamique de la vie locale.

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je certifie avoir pris connaissance sur le site internet de la Commune (www.lampaul-plouarzel.fr – rubrique « Enfance jeunesse » – espace « Services périscolaires ») des règlements du restaurant scolaire, de l'accueil loisirs, de l'accueil périscolaire et des Temps d'Activités Périscolaires (pour l'école de Kérargroas) et en accepter les termes.

J'autorise les responsables du restaurant scolaire, de l'accueil périscolaire, du centre de loisirs et des TAP, en cas d'urgence, à prendre les mesures nécessaires (hospitalisation, interventions chirurgicales...) et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de l'enfant.

Fait le à

Signature :