



# **FICHE SANITAIRE** **DE LIAISON**

Date de saisie :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : ..... Age : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

## **Responsable de l'enfant :**

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél personnel :

Tél portable :

Tél professionnel :

Mail :

Profession et lieu de travail :

## **Conjoint :**

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél personnel :

Tél portable :

Tél professionnel :

Mail :

Profession et lieu de travail :

Situation de famille : .....

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Vaccin obligatoire :

DT POLIO : date du vaccin et date rappel

### Maladies - Allergies - Régimes alimentaires :

Recommandation(s) utile(s) des parents :

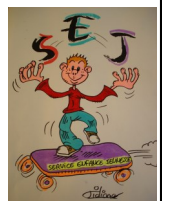
Joindre photocopie du carnet de vaccination

## **PAPIERS A FOURNIR :**

- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale ou vitale
- Photocopie de la carte de mutuelle recto verso
- Attestation du quotient familial
- Attestation de responsabilité civile
- Bons vacances (CAF ou MSA)
- Photocopie des pages vaccinations

**ANCV :** OUI / NON

**CESU :** OUI / NON



**NOM DU PAYEUR :**

Adresse du payeur ( si différents du représentant légal ) :

**CAF / MSA**

N° allocataire : .....

**Quotient familial :** .....

Nom et adresse de la caisse :

**AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT**

Nom / Prénom	Adresse et téléphone

**AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER (DROIT À L'IMAGE)**

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant .....

- Accepte que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités du centre de loisirs OUI / NON
- Accepte que ces photos soient publiées : OUI / NON

**RÈGLEMENT INTÉRIEUR :**

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet et m'engage à le respecter.

**AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné, ....., responsable de l'enfant .....

l'autorise à participer à toutes les activités du service enfance jeunesse pendant une année à compter de ce jour, sauf ..... Et certifie qu'il est capable de se mouvoir dans l'eau.

l'autorise le directeur de la structure accueillante à prendre toutes les mesures médicales et chirurgicales reconnues nécessaires.

Je m'engage à payer des frais de séjours incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Fait à ....., le .....

Signature

**Eviter que les enfants soient porteurs d'objets de valeur. La mairie se dégage de toutes responsabilités en cas de perte ou de détérioration.**