



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 :

Fait à :, le

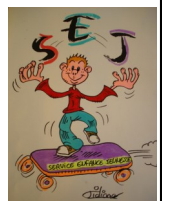
Cachet et signature du médecin :

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)

ANCV : OUI / NON

CEJU : 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.