



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2022/2023

Service Péri-scolaire

ACCUEILS PRE ET POST SCOLAIRE - RESTAURANT SCOLAIRE
ETUDE - ACCUEIL DE LOISIRS

Photo récente

Obligatoire

Nom et Prénom de l'enfant :

Classe :

Date de naissance :

Sexe : M F

Adresse : N° et rue :

Code postal :

Ville :

N° Sécurité Sociale obligatoire :

N° Affiliation C.A.F obligatoire :

	Responsable 1 (Personne recevant l'ensemble des courriers et des emails)	Responsable 2
Nom Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Employeur et profession		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Numéro joignable en cas d'urgence		
Tél. professionnel		
Adresse mail		

Situation familiale Marié, Divorcé, Vie maritale, Pacsé, Veuf (ve), Célibataire

Pour les parents séparés ou divorcés, merci de fournir les copies des attestations justifiant les modalités et droits de garde de l'enfant.

GARDE : Mère, Père, Alternée.



Mairie de Vulaines-sur-Seine

6 rue Riché - 77870 Vulaines-sur-Seine

Tél. : 01 60 74 59 10 - Fax : 01 60 75 59 11

mairie@vulaines-sur-seine.fr

AUTORISATIONS

J'autorise les personnes **majeures** dont le nom figure ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom Prénom	Lien de Parenté	N° de Téléphone

J'autorise mon enfant :

- à participer à toutes les activités (sportive, manuelle...) et sorties (transport en véhicule de service et car).
- à être photographié, enregistré ou filmé lors des activités et autorise la reproduction, publication et diffusion libre des images et sons réalisés (affichage à l'accueil, activités audiovisuelles diffusées aux familles).
- à être maquillé dans le cadre des activités à thème.

Ces autorisations pourront être à tout moment annulées ou modifiées par simple demande écrite de votre part.

INFORMATIONS MEDICALES

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Etant entendu que tout sera fait pour me (nous) prévenir dans les plus brefs délais.

ALLERGIES : Médicamenteuses : Oui Non, **Alimentaires :** Oui Non.

AUTRES : (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir) :

P. A. I. (Projet d'accueil individualisé) en cours : Oui Non.

(Joindre le protocole, toutes les informations utiles et les médicament(s)).

Régime alimentaire particulier : Oui Non

Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

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

DATE :

SIGNATURE(S) :