

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ALSH, APS & RESTAURATION

Fiche Enfant

IMPORTANT

Afin que votre enfant puisse fréquenter les accueils péri & extra-scolaires de la commune, il est **impératif** que cette fiche soit remplie, signée et retournée à la mairie.

NOM Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance : Lieu de naissance :

Etablissement scolaire : Classe :

Peut partir seul(e) de la structure (à partir du CM1) Peut partir seul(e) du bus (à partir du CM1)

Peut récupérer son/ses petits-te(s) frère(s) / sœur(s)

Représentant légal 1

NOM Prénom :

Téléphone :

Mobile :

E-mail :

Adresse :

Représentant légal 2

NOM Prénom :

Téléphone :

Mobile :

E-mail :

Adresse :

Lien entre les responsables légaux :

mariés divorcés séparés pacsés vie maritale célibataire veuf(ve)

garde alternée (fournir le calendrier de garde) garde exclusive (père ou mère - rayer la mention inutile)

Si jugement du tribunal des Affaires Familiales ou des Enfants, nous le fournir SVP

Renseignements médicaux

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Régime de la sécurité sociale : CAF (Régime Général) MSA

N° d'Allocataire :

J'autorise les services de la ville à accéder à mon Quotient Familial via le site de la CAF : oui non

Renseignements médicaux (PAI, etc.) :

Recommandations des familles (port de lunettes, appareils auditifs, etc.) :

T.S.V.P. →

CONTACT 1

NOM Prénom :

Téléphone :

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant : à l'école au bus

CONTACT 2

NOM Prénom :

Téléphone :

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant : à l'école au bus

CONTACT 3

NOM Prénom :

Téléphone :

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant : à l'école au bus

CONTACT 4

NOM Prénom :

Téléphone :

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant : à l'école au bus

Inscription à la halte accueil de l'ALSH

Dans le cas où mon enfant pratique une activité sportive, culturelle et seulement dans ce cas, je certifie qu'il est inscrit à (*préciser l'activité*)

Je l'autorise à quitter la structure de (*heures*) à sous la responsabilité de :

NOM et Prénom de l'éducateur : Téléphone :

Je reconnais que mon enfant n'est plus sous la responsabilité de la Mairie lorsqu'il quitte la structure.

Urgences Médicales

J'autorise les responsables de la Mairie du Haillan à prendre toutes les mesures, traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je soussigné(e) _____, certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations comme prévu dans le décret n°2018-42 du 25 février 2018, que l'ensemble des informations de cette fiche sont exactes et **m'engage à signaler toutes modifications au service jeunesse de la ville.**

Impératif : joindre une copie de la partie vaccination du carnet de santé de l'enfant

Fait au Haillan, le _____

Signature