

PHOTO

**FICHE ANNUELLE DE LIAISON & SANITAIRE
ACCUEIL PERISCOLAIRE, PAUSE MERIDIENNE, RESTAURATION
ACCUEIL DE LOISIRS « LES MARMOUSETS »
La Bonneville sur Iton**

ENFANT :

NOM Prénom.....

Date et lieu de naissance..... à

Adresse.....

Commune de résidence..... Code Postal

N° téléphone domicile..... LR Cadre réservé à la direction : @dresse: **ENVOI FACTURES PAR MAIL : OUI NON**

Situation familiale des parents : Mariés/pacsés Union libre Séparés* Divorcés* Célibataire Veuvage
 * (joindre copie du jugement)

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT : en cas de séparation ou divorce choisir qui sera facturé : parent 1 parent 2

Responsable légal Nom et prénom parent 1		N° Sécurité Sociale:
Adresse domicile/facturation		
Profession		Tél. portable
Nom et adresse employeur		Tél. travail

Responsable légal Nom et prénom parent 2		N° Sécurité Sociale :
Adresse domicile/facturation		
Profession		Tél. portable
Nom et adresse employeur		Tél. travail

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom/prénom : Lien de parenté : Tel :

Nom/prénom : Lien de parenté : Tel :

Nom/prénom : Lien de parenté : Tel :

Personnes non autorisées à récupérer l'enfant (en cas de jugement vous devez impérativement le fournir) :

Nom/prénom : Lien de parenté : Tel :

Nom/prénom : Lien de parenté : Tel :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Régime et Divers :

Caisse prestations familiales (CAF ou autres régimes)	Dénomination + adresse	N° allocataire
Assurance	Intitulé +adresse	N° de police/contrat

Dossier médical

Groupe sanguin + Rhésus :	N° sécurité social de l'enfant :
MEDECIN TRAITANT (nom et adresse) :	REGIME ALIMENTAIRE : Sans porc <input type="checkbox"/> végétarien <input type="checkbox"/> P.A.I. <input type="checkbox"/> Autres :
Tél :	

Vaccins	Dernière date
D.T.C.P.	
B.C.G.	
R.O.R.	
HEPATITE B	
MENINGITE	
autre : à préciser	

Autres informations (problèmes de santé chroniques, allergies, hospitalisations, opérations, convulsions...)

	DATES

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance)

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

AUTORISATIONS

A SON INSCRIPTION, L'ENFANT EST TACITEMENT AUTORISE A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITES ORGANISEES

Je n'autorise pas le transport de mon enfant dans les véhicules de la commune pour participer aux activités

Je n'accepte pas que mon enfant soit filmé ou photographié dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs à partir de 17h 30 (uniquement 9 ans et +) OUI NON

Autorisation pour la consultation CDAP (site CAF pour consultation barème) OUI NON

Je soussigné..... responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicale). J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

JE DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR.

Fait à

Le / /

Signature :

Conformément à la LOI N° 78-17 du 06 janvier 78 « Informatique et Libertés », nous vous informons que ces données font l'objet d'un traitement informatique garantissant le respect de la loi. Vous avez le droit de consultation et rectification.

Siège Social : Mairie, rue Jean Maréchal 27190 LA BONNEVILLE SUR ITON – Tél 02.32.32.88.67 Fax 02.32.32.88.77 Courriel alsh@labonnevillesuriton.fr
Accueil de Loisirs agréé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports N° organisateur : 027ORG0029