

NOM ..... PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE ...../...../.....

### Règlement intérieur

Je soussigné(e).....  
demeurant .....  
.....

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur

### Autorisation de publication de photographies

J'autorise la publication sur l'ensemble des supports de communication de la ville de Fouesnant-les-Glénan existants ou à créer et dans le cadre des opérations de communication de la ville de Fouesnant de la (des) photographie(s) réalisée(s) représentant mon enfant mineur :

Nom : ..... Prénom : .....

Fait le..... à .....  
(Signature des représentants légaux)

## Fiche sanitaire de liaison

# ALSH

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

## & Accueil périscolaire



Pôle Enfance/Jeunesse  
34 chemin du Quinquis, 29170 Fouesnant, **02 98 94 43 74**  
enfance-jeunesse@ville-fouesnant.fr **www.ville-fouesnant.fr**



Pôle Enfance/Jeunesse  
34 chemin du Quinquis, 29170 Fouesnant, **02 98 94 43 74**  
enfance-jeunesse@ville-fouesnant.fr **www.ville-fouesnant.fr**

# Fiche sanitaire de liaison

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....


ADRESSE .....

VILLE ..... CODE POSTAL .....

 DOMICILE .....  PORTABLE .....

COURRIEL .....@.....

NOM DE L'EMPLOYEUR ..... PROFESSION .....

 PROFESSIONNEL .....

**Données obligatoires pour valider l'inscription de votre enfant**

CAF  MSA  MGEN  AUTRES N° d'allocataire : .....

MEDECIN TRAITANT.....

Cie D'ASSURANCE..... N° DE CONTRAT.....

## COORDONNEES DU CONJOINT

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE .....

VILLE ..... CODE POSTAL .....

 DOMICILE .....  PORTABLE .....

COURRIEL ..... NOM DE L'EMPLOYEUR .....

PROFESSION .....  PROFESSIONNEL .....

## AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

VILLE .....

 DOMICILE .....  PORTABLE .....

NOM ..... PRENOM .....

VILLE .....

 DOMICILE .....  PORTABLE .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### • VACCINATIONS (se référer au Carnet de Santé)

VACCINS	DT POLIO	BCG
DATE		
RAPPEL		

Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre indication  
**ATTENTION** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### • ALLERGIES OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, joindre l'ordonnance)

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre .....

### • Antécédents convulsions hyperthermiques OUI NON

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses dentaires, etc. ?)

Merci de préciser .....

### • AUTORISATION DE SOINS URGENTS

J'autorise le Directeur de la structure à faire procéder à toute intervention médicale et chirurgicale urgente que nécessiterait éventuellement l'état de santé de mon enfant.

Le ..... Signatures des représentants légaux

### • DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare les renseignements ci-dessus conformes à la réalité et m'engage à prévenir de tout changement de situation familiale.

Le ..... Signatures des représentants légaux