

NOM PRÉNOM

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

Enfance/Jeunesse **02 98 94 43 74** enfance-jeunesse@ville-fouesnant.fr

Mairie de Fouesnant - Place du Général de Gaulle - CS 31073 - 29170 Fouesnant - 02 98 51 62 62
contact@ville-fouesnant.fr www.ville-fouesnant.fr

Fiche sanitaire de liaison

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom Prénom.....
Adresse
Ville Code Postal
Tél. domicile Tél. portable
Courriel@.....
Nom de l'employeur Profession
Tél. professionnel

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

N° de sécurité sociale :
 CAF MSA MGEN Autre N° d'allocataire :
Médecin traitantTél. :
Cie d'assurance N°de contrat :

COORDONNÉES DU CONJOINT

Nom Prénom.....
Adresse
Ville Code Postal
Tél. domicile Tél. portable
Courriel@.....
Nom de l'employeur Profession
Tél. professionnel

AUTRES PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom / Prénom Ville
Tél. domicile Tél. portable
Nom / Prénom Ville
Tél. domicile Tél. portable

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Fournir une copie des
pages vaccinations du
carnet de santé

• 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

• DÉCLARATION 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