

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](mailto: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](mailto:contact@ville-fouesnant.fr) [www.ville-fouesnant.fr](http://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 traitant .....Tél. : .....  
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