

# AUTORISATIONS

## 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 :

Je n'autorise pas la publication

Nom : ..... Prénom : .....

Fait le..... à .....

(Signature des représentants légaux)



NOM ..... PRÉNOM .....

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

## Fiche sanitaire de liaison

# ALSH

**Accueil de Loisirs Sans Hébergement  
& Accueil périscolaire**

### PIÈCES À FOURNIR

- Fiche sanitaire remplie**
- Pages de vaccination (carnet de santé)**
- Attestation responsabilité civile \* (voir santé)**
- PAI + Ordonnance**



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)

# FAMILLE

## RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

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

## 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 .....

# SANTÉ

Données  
obligatoires  
pour valider  
l'inscription de  
votre enfant

N° de sécurité sociale : .....  
Médecin traitant : ..... Tél. : .....

**\*Attestation responsabilité civile (Art L227-5 du CASF)** «Les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent.»

- **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