

N° d'adhésion :

Date d'enregistrement :

Fiche sanitaire de liaison 2019 - 2020

Partie réservée au secrétariat		
QF :	Adhésion :	<input type="radio"/> Assurance <input type="radio"/> Avis imposition année..... <input type="radio"/> Vaccin <input type="radio"/> Certificat médical

ENFANT :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :

Lieu de naissance : **sexe :**

Ecole : **classe :**

PARENT 1 : **RESPONSABLE LEGAL**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Profession : **Employeur :**

 Domicile : ** Portable :**

 Professionnel : ** Mail :**

PARENT 2 : **RESPONSABLE LEGAL**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Profession : **Employeur :**

 Domicile : ** Portable :**

 Professionnel : ** Mail :**

LA FAMILLE :

Situation familiale : Etes-vous (cochez la case correspondante)

- Marié En concubinage Pacsé(e) Célibataire
- Divorcé(e) (1) Veuf (ve) Séparé (é)

(1) L'acte du jugement doit nous être fourni si l'enfant est concerné.

Nombre d'enfants à charge :

Etes-vous affilié(s) (même si vous ne percevez pas d'allocation) à :

- la CAF oui non N° justificatif d'affiliation
- la MSA oui non N° justificatif d'affiliation

N° Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est assuré :

Nom et N° de Mutuelle :

Nom et N° de l'Assurance, Responsabilité Civile :

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations OUI NON

(Joindre une photocopie du carnet de santé et un certificat médical de non contre-indication aux activités physiques) du Médecin traitant.

Coordonnées du Médecin traitant :

Antécédents médicaux :

Difficultés à signaler ou recommandations particulières (ex. allergie) :

Personnes majeures (autres que les parents) à prévenir en cas d'urgence :

NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
------------	---------------	------------------	---------------------------

.....

.....

.....

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant de manière permanente

(ex : beaux-parents, grands-parents...)

NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
------------	---------------	------------------	---------------------------

.....

.....

.....

J'autorise mon enfant (+ 6 ans) à quitter seul le Centre de loisirs à la fermeture de la structure (19h00 Dompierre, 19h 00 Ste Soulle, Usseau et Grandes Rivières)

- Oui Non

- J'autorise le Centre social Villages d'Aunis à utiliser des photos sur lesquelles figure mon enfant pour ses documents ou son site Internet.
- J'autorise le Centre Social Villages d'Aunis à transporter mon enfant sur le lieu de l'activité.
- J'autorise le responsable ou les responsables adjoints de l'ACM* à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à payer l'intégralité des frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.
- Je m'engage à payer les frais d'inscription m'incombant.
- J'approuve le règlement intérieur qui m'a été communiqué
- Le projet pédagogique et le projet éducatif sont consultables sur site <http://villagesdaunis.centres-sociaux.fr> ou au secrétariat du Centre Social et dans les structures d'accueil des enfants.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

signature :