

Photo récente de
l'enfant



COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION
**MONT SAINT-MICHEL
NORMANDIE**

ACCUEIL DE LOISIRS : **CLSH DE LA SEE**

SECTEUR DE : **MARCEY-LES-GREVES**

FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

REPRESENTANT LEGAL : PERE, MERE, TUTEUR

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

COMMUNE :

CODE POSTAL :

N° TELEPHONE :

PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

POUR VOUS JOINDRE EN CAS DE BESOIN :

PERE :

MERE :

PROFESSION :

PROFESSION :

TEL :

TEL :

PORTABLE :

PORTABLE :

VOTRE REGIME SOCIAL :

N° DE SECURITE SOCIAL DONT DEPEND L'ENFANT :

CAF * DE :

N° ALLOCATAIRE :

MSA * DE :

N° ALLOCATAIRE :

AUTRE REGIME * :

**(joindre copie de son quotient familial à jour)*

RESPONSABILITE CIVILE/ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

N° CONTRAT D'ASSURANCE ET ORGANISME : (adresse et téléphone- *joindre copie de l'attestation à jour*)

.....

.....

.....

PERSONNE (S) AUTORISEE(S) A PRENDRE L'ENFANT : (NOM, PRENOM, COORDONNEES, LIEN DE PARENTE)

(Attention, chaque fois que nécessaire, fournir une autorisation écrite datée, signée du représentant légal, la personne devra de plus fournir une pièce d'identité)

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES – EN CAS DE PROBLEMES PARTICULIERS DE SANTE VEUILLEZ NOUS FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL DU MEDECIN QUI SUIV VOTRE ENFANT ET AUTORISANT L'ENFANT A LA VIE EN COLLECTIVITES ET A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES -

* **ATTENTION** : joindre copie du carnet de vaccination à jour ou certificat médical pour toute contre-indication

VOTRE ENFANT EST-IL ASTHMATIQUE ? OUI NON
 VOTRE ENFANT EST-IL HÉMOPHILE ? OUI NON
 VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE ? OUI NON
 SUJET DE L'ALLERGIE :

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT OUI NON
 LEQUEL :

Un P.A.I. (Projet Accueil Individuel) a-t-il été mis en place : OUI NON

AUTORISATION ET DECHARGE

Je soussigné **NOM** : **PRENOM** :

Représentant légal de l'enfant :

Droit à l'image : J'autorise l'ensemble de l'équipe d'animation à prendre des photos ou tout autre support audiovisuel et de les utiliser dans le cadre d'une diffusion publique * oui non

* Presse locale, documents de communication interne à l'organisateur (bulletin, magazine), site internet de l'organisateur.

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'Accueil de Loisirs (ALSH)
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités nautiques (baignades, piscine, plage...)
- Autorise le transport de mon enfant dans le minibus ou tous autres moyens de transport mis en place par l'Accueil de Loisirs
- Autorise le Directrice/Directeur à hospitaliser mon enfant en cas d'urgence
- Autorise à consulter la CAF, MSA, ou tout autre organisme en l'absence de documents à jour fournis par la famille
- Décharge la Direction et l'Organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir à l'enfant avant son arrivée et après son départ de la structure
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature des représentants légaux de l'enfant * :

VERIFICATION DE LA FICHE ET VALIDATION *

ANNEE 2023/2024	ANNEE 2024/2025	ANNEE 2025/2026	ANNEE 2026/2027
DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
SIGNATURE :	SIGNATURE :	SIGNATURE :	SIGNATURE :

* Faire précéder la signature de la mention : bon pour autorisation parentale, lu et approuvé