



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

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