



FICHE DE LIAISON 2019-2020

Nom, Prénom de l'enfant:.....

Date et lieu de naissance :

Garçon Fille

Nom, Prénom du responsable légal : père - mère - tuteur (1)

adresse :

Code postal : Commune :

N°tél. domicile : N°tél. professionnel : N°tél. mobile :.....

Adresse Email:.....@

Nom, Prénom du ou de la conjoint(e) : père - mère - tuteur- autre (1)

N°tél professionnel : N°tél mobile :.....

N°Sécurité Sociale : C.M.U. : Oui Non

Mutuelle :..... N°:

Régime social : N°CAF : ou N°MSA:.....

Quotient Familial CAF ou MSA :.....

Tarifcation suivant le Quotient Familial pour les habitants de la Commune Le Mené, si vous ne nous remettez aucun Quotient Familial, tarifcation la plus élevée.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom, Prénom : Lien avec l'enfant :

N°tél. domicile : N°tél. professionnel : N°tél. mobile :.....

Si impossibilité de joindre les parents, à qui confier l'enfant :

Nom, Prénom : Lien avec l'enfant :

Adresse :

N°tél. domicile : N°tél. professionnel : N°tél. mobile :.....

Nous demandons aux parents de prévenir la directrice lorsqu'une tierce personne vient chercher l'enfant.

Je soussigné(e)

Nom : _____ Prénom : _____

donne à la Commune Le Mené, la croix Jeanne Even 22330 Le Mené, l'autorisation de reproduire les photographies réalisées au cours des activités qu'il organise, et sur lesquelles figure mon enfant pour les usages suivants :

- Illustration du journal du centre, du site Internet et du bulletin de la Commune Le Mené,
- Affichage dans le cadre d'une exposition préparée par la Commune Le Mené,
- Site internet dédié au séjour

et à l'exclusion de tout usage commercial.

Je peux à tout moment demander par écrit l'annulation de cette autorisation.

Fait à, leSignature:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance récente.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Varicelle			Rougeole		
Coqueluche			Otite			Oreillons		
Angine			Rhumatisme articulaire aigu			Scarlatine		

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération,..) en précisant les dates et les précautions à prendre:.....

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...)

précisez :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif):.....

Je, soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je certifie avoir pris connaissance du projet éducatif de la Commune Le Mené et du projet pédagogique de l'ALSH.

J'autorise mon enfant à participer aux activités de l'ALSH.

Fait à, le Signature :