

NOM PRENOM

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

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 :

Nom : Prénom :

Fait le..... à
(Signature des représentants légaux)

Fiche sanitaire de liaison

ALSH

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

& Accueil périscolaire



Pôle Enfance/Jeunesse
34 chemin du Quinquis, 29170 Fouesnant, **02 98 94 43 74**
enfance-jeunesse@ville-fouesnant.fr **www.ville-fouesnant.fr**



Pôle Enfance/Jeunesse
34 chemin du Quinquis, 29170 Fouesnant, **02 98 94 43 74**
enfance-jeunesse@ville-fouesnant.fr **www.ville-fouesnant.fr**



Fiche sanitaire de liaison

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM PRENOM


ADRESSE

VILLE CODE POSTAL

 DOMICILE  PORTABLE

COURRIEL@.....

NOM DE L'EMPLOYEUR PROFESSION

 PROFESSIONNEL

Données obligatoires pour valider l'inscription de votre enfant

CAF MSA MGEN AUTRES N° d'allocataire :

MEDECIN TRAITANT.....



Cie D'ASSURANCE..... N° DE CONTRAT.....

COORDONNEES DU CONJOINT


NOM PRENOM

ADRESSE

VILLE CODE POSTAL

 DOMICILE  PORTABLE



COURRIEL NOM DE L'EMPLOYEUR

PROFESSION  PROFESSIONNEL

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT



NOM PRENOM

VILLE

 DOMICILE  PORTABLE

NOM PRENOM

VILLE

 DOMICILE  PORTABLE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• VACCINATIONS (se référer au Carnet de Santé)

VACCINS	DT POLIO	BCG
DATE		
RAPPEL		

Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre indication
ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

• 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

• DECLARATION 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