

**MAIRIE DE PRESLES EN BRIE**

**20...../20.....**

|   |                            |                              |
|---|----------------------------|------------------------------|
| <b>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON<br/>ACCUEIL DE LOISIRS<br/>DE PRESLES EN BRIE</b> | <b>NOM de l'enfant :</b>   | <b>Photo<br/>obligatoire</b> |
|   | <b>PRENOM :</b>            |                              |
|   | <b>DATE DE NAISSANCE :</b> |                              |

**INSCRIPTIONS**

**ACCUEIL :**    **PRE SCOLAIRE**        **POST SCOLAIRE**   

**MERCREDI:**            **3/2 JOURNEE AM**   

**PETITES VACANCES**                        **GRANDES VACANCES**   

**L'ENFANT SAIT IL NAGER ?**            **OUI**                        **NON**   

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU LEURS CONTRE-INDICATIONS :**

Fournir les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé ou une attestation du médecin.

**ALLERGIES :**            **ASTHME**    **OUI**                        **NON**   

**MEDICAMENTEUSE**    **OUI**                        **NON**   

**ALIMENTAIRE**    **OUI**                        **NON**   

**AUTRE :** .....

**REGIME ALIMENTAIRE :** .....

**ANTECEDANTS CHIRURGICAUX OU MEDICAUX :** ou tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le représentant légal du mineur susceptible d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour. Préciser également la cause et les recommandations utiles à la santé de l'enfant.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :**..... **PRENOM :**.....

**ADRESSE :**.....  
.....

TELEPHONE FIXE : ..... /...../...../...../.....

TELEPHONE PORTABLE : ..... /...../...../...../.....

TELEPHONE TRAVAIL : ..... /...../...../...../.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :**..... **PRENOM :**.....

**ADRESSE :**.....  
.....

TELEPHONE FIXE : ..... /...../...../...../.....

TELEPHONE PORTABLE: ..... /...../...../...../.....

TELEPHONE TRAVAIL : ..... /...../...../...../.....

**AUTRE(S) PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**.....

TELEPHONE : ..... /...../...../...../.....      TELEPHONE : ..... /...../...../...../.....

**POUR LES ASSURANCES**

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE AVEC LE NOM DE L'ENFANT**

L'accueil de loisirs est affilié à APC/Focel N°77389357

Maison de l'enseignement, impasse du château la Rochette village 77008 Melun cedex

Je soussigné.....Responsable de l'enfant, déclare les renseignements portés ci-dessus exacts et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale.

**DATE :**.....

**SIGNATURE :**

Je soussigné.....Responsable de l'enfant, **AUTORISE**      **N'AUTORISE PAS**  
mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs et à être photographié par l'équipe pour un usage interne (bulletin municipal, expos, affichage interne)

**DATE :**..... **FAIT A**.....

**SIGNATURE :**