

MAIRIE DE PRESLES EN BRIE

20...../20.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS DE PRESLES EN BRIE	NOM de l'enfant :	Photo Obligatoire
	PRENOM :	
	DATE DE NAISSANCE :	

INSCRIPTIONS

ACCUEIL : PRÉ SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	POST SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>
MERCREDI : JOURNÉE	<input type="checkbox"/>	½ JOURNÉE	<input type="checkbox"/>
PETITES VACANCES	<input type="checkbox"/>	GRANDES VACANCES	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

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 :