



Canton de St Pierre Le Moûtier
35 Avenue du 8 mai
58240 ST PIERRE LE MOÛTIER
☎ : 03.86.37.20.58
☎ : 09.70.29.86.45

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche doit **obligatoirement être remplie** et rendue à la structure aussi rapidement que possible. Elle est indispensable pour mieux connaître l'enfant et vous joindre en cas de problèmes. Les informations recueillies par le biais de cette fiche ne sauraient être divulguées à des personnes autres que celles composant le personnel de la structure.

1. ENFANT NOM : _____ Prénom : _____

Sexe : garçon fille Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

2. VACCINATIONS

Merci de nous fournir une photocopie du carnet de vaccination et de nous informer dans les meilleurs délais des vaccinations effectuées en cours d'année scolaire.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les dates.

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, régime alimentaire...)

4. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

(Difficultés motrices, craintes ou appréhensions de l'enfant, ou autres...)

L'enfant mouille - t - il son lit ? oui non occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui non

5. GENERALITÉS

Il est important de nous fournir ces données même si vous ne percevez pas de prestations familiales.

Régime allocataire (CAF, MSA, précisez autres...)	
Nom de l'allocataire	
N° allocataire	

RECTO/VERSO

6. RESPONSABLES DE L'ENFANT

Merci de remplir ces tableaux aussi précisément que possible, et de nous informer rapidement en cas de changement de coordonnées (numéro de téléphone notamment).

Situation familiale des parents de l'enfant : mariés en concubinage divorcés séparés veuf(ve)

Parent 1 (père, mère, famille d'accueil ...)	
Lien de parenté (père, mère, famille d'accueil ...)	
NOM	
Prénom	
Profession	
Employeur	
Numéro de téléphone fixe domicile	
Numéro de téléphone portable	
Numéro de téléphone du travail	
Adresse mail	
Parent 2 (père, mère, famille d'accueil ...)	
Lien de parenté (père, mère, famille d'accueil ...)	
NOM	
Prénom	
Profession	
Employeur	
Numéro de téléphone fixe domicile	
Numéro de téléphone portable	
Numéro de téléphone du travail	
Adresse mail	

(Merci de nous fournir une copie de votre attestation d'assurance RESPONSABILITE CIVILE intégrée à votre habitation)

Assurance : _____
 Adresse de la compagnie : _____
 N° contrat : _____
 Conditions d'assurance contractées par le Centre Social : _____
 Ce contrat garantit la responsabilité civile du Centre Social de St Pierre, dans le cadre de ses activités notamment les conséquences pécuniaires qu'elle peut encourir en vertu :
 A des articles 1382 à 1386 du Code Civil, en raison de tout dommage corporel et matériel causé à autrui
 A en application du décret n°2002-538 du 12 avril 2002 relatif à l'obligation d'assurance de Responsabilité civile relative aux accueils de mineurs, mentionnés à l'article L.227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
 A en application des décrets n°2002-833 et 2002-884 du 3 mai 2002 relatifs à la protection des mineurs à l'occasion de vacances, de loisirs et de placements de vacances accueillant des enfants de moins de six ans.
 Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurance contractées par le Centre Social

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le responsable du séjour/de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature : _____



Canton de St Pierre Le Moutier
 35 Avenue du 8 mai
 59240 ST PIERRE LE MOUTIER
 Tél : 03.686.37.20.58
 Mail : ca.stpierre@valmadoofr

Je soussigné(e) _____

Adresse : _____

Je m'engage à régler les sommes demandées dans le cadre des activités pratiquées au Centre Social par mes enfants

Date et signature : _____

FICHE AUTORISATIONS

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant :

Interdit	Autorisé	Nom-Prénom	Lien de parenté Et numéro de téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Détails des autorisations

- Autorise
 Le personnel à sortir l'enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe
- N'autorise pas
- Autorise
 Le personnel à photographier ou filmer l'enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement (article de presse, affichages).
- N'autorise pas
- Autorise
 Le Centre Social à utiliser la photo et l'image de l'enfant sur la page Facebook de la structure « Centre Social du Canton de St Pierre le Moutier » et sur le site Internet
- N'autorise pas
- Autorise
 La Direction à consulter notre dossier allocataire CAPPRO afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CAPPRO.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel.
- N'autorise pas
- Autorise
 Le personnel à administrer à l'enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
- N'autorise pas
- Autorise
 Le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- N'autorise pas
- Autorise
 L'enfant à rentrer seul au domicile à la fin des activités.
- N'autorise pas
- Autorise
 L'enfant à être transporté collectivement dans le cadre des activités.
- N'autorise pas
- Autorise
 Le personnel du Centre Social à accompagner mon enfant à une activité extérieure.
- N'autorise pas

Fait à St Pierre le Moutier, le ____/____/____

Signatures : _____