



Espace Socio Culturel du Sud Nivernais
35 Avenue du 8 mai
58240 ST PIERRE LE MOÛTIER
Tél : 03.86.37.20.58
mail : cs.stpierre@wanadoo.fr

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 et les précautions à prendre (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

5. QUOTIEN FAMILIAL

Pour les ressortissants CAF extérieurs de la Nièvre ou les ressortissants MSA, merci de nous fournir un document notifiant votre quotien familial. Sans ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué.

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	

6. RESPONSABLES LEGAL 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	

7. ASSURANCE

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 :

- ▲ des articles 1382 à 1386 du Code Civil, en raison de tout dommage corporel et matériel causé à autrui
- ▲ 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, mentionnées à l'article L.227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- ▲ 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 connaissances des conditions d'assurance contractées par le Centre Social

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

Fait à St Pierre le Mouëtier, le ____ / ____ / _____

Signature

