

DOCUMENTS À JOINDRE

- ☐ Photocopie du carnet de vaccination OU Attestation de vaccination par le médecin
☐ Attestation d'assurance extra-scolaire

ENFANT

Nom Prénom
Date et lieu de naissance Sexe F ☐ M ☐
Classe Etablissement scolaire Enseignant
Téléphone de l'enfant (s'il en a un)

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (parents ou tuteur légal)

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Portable	Portable
Téléphone 2.....	Téléphone 2

DECHARGE DE RESPONSABILITE

En tant que responsable légal de l'enfant, j'autorise :

- ☐ En cas d'urgence, les responsables de la structure à prendre toutes les mesures, nécessaires (hospitalisations, interventions, etc.)
☐ Mon enfant à partir seul(e) de la Source
☐ Mon enfant à récupérer son/ses soeur(s)/frère(s) (préciser les prénoms).....
☐ Mon enfant à être récupéré(e) par son/ses soeur(s)/frère(s) (idem):
☐ Les animateurs à récupérer mon/mes enfants à l'école (CLAS)
☐ Les animateurs à réaliser des déplacements avec mon enfant : à pied, en minibus, en transports en commun

Autorise La Source à publier des photographies ou films dans le cadre des activités du centre, sans contrepartie financière, contenant l'image de mon enfant sur :

- ☐ Affiche/ flyers, presse, plaquettes, magazine municipal, expositions
☐ Site internet, Facebook et Instagram de La Source et municipaux

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

Nom	Prénom
Téléphone	
Nom	Prénom
Téléphone	
Nom	Prénom
Téléphone	

Fiche Sanitaire de Liaison

ENFANT

Nom Prénom
 Numéro de Sécurité Sociale

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un PAI ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui : Merci de joindre une copie du PAI, le médicament et de prendre rendez vous avec l'animateur référent
 L'enfant fait-il de l'asthme ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui : Merci de joindre une copie de l'ordonnance
 L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui : Merci d'en informer l'équipe afin d'adapter au mieux son accueil

ALLERGIES

Médicamenteuses OUI ☐ NON ☐
 Alimentaires OUI ☐ NON ☐
 Piqûres d'insectes OUI ☐ NON ☐
 Préciser la conduite à tenir

INFORMATIONS DIVERSES

Difficultés de santé (troubles, maladies, accidents)

 Procédure d'éloignement

 Recommandations utiles

MEDECIN TRAITANT

Nom Ville Téléphone

Je/Nous soussigné(e-s)/ons
 responsable(s) légal (aux) de l'enfant, atteste/ons avoir pris connaissance du règlement intérieur de
 l'ALSH et s'engage/ons à l'appliquer.

Fait à le /...../ Signatures :

En application des articles 39 et suivants la loi du 6 janvier 1978 modifié, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations
 qui vous concernent, pour ce faire, veuillez-vous adresser à Mme Villaescusa.