

# FICHE D'INSCRIPTION DE LIAISON SANITAIRE 2017



Communauté de communes Mezenc Loire Meygal

Accueil de loisirs « Les enfants du Meygal » Le Vourzet - 43260 Lantriac

Tél : 04.71.05.07.78 Mail : enfantsdumeygal@gmail.com Site : www.lesenfantsdumeygal.fr

Cette fiche est confidentielle, toutes les informations qu'elle contient ne seront en aucun cas utilisées en dehors du fonctionnement normal de la structure

## ENFANT

Nom : Sexe :  Garçon  Fille

Prénom :

Date de naissance :

École fréquentée :

## RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale (rayer les mentions inutiles) : Pacsé / Marié / Concubin / Séparé / Divorcé / Veuf / Célibataire

### RESPONSABLE LÉGAL

Nom et Prénom :

Statut :

Père  Mère  Autre à préciser :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Commune :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Adresse mail :

### AUTRES RESPONSABLE

Nom et Prénom :

Statut :

Père  Mère  Autre à préciser :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Commune :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Adresse mail :

N° de sécurité social du responsable légal :

Assurance Maladie (nom et adresse centre payeur) :

Mutuelle (nom et coordonnées) :

## FACTURATION

Personnes à facturer :

Adresse de facturation :

Régime :

(joindre attestation caf ou msa)

CAF

MSA

Autre régime

N°Allocataire

N°Allocataire

Précisez :

Aides spécifiques :

(joindre attestation)

Comité d'entreprise

Autre à préciser :

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

### VACCINATIONS

Joindre une photocopie des vaccinations de votre enfant en indiquant son nom en haut de la photocopie.

Si votre enfant n'est pas vacciné, précisez pourquoi :

**Autres recommandations ou remarques :**

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez les maladies déjà contractées)  
RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME OTITES  
SCARLATINE COQUELUCHE ASTHME ROUGEOLE OREILLONS
- Autres difficultés de santé (hospitalisations, maladies, opérations, crises convulsives, rééducation, transfusion, etc.). Précisez les dates :
- ALLERGIES : Précisez le type d'allergie et les recommandations. L'enfant suit-il un traitement permanent ou récurrent ?
- L'enfant est-il propre ?  OUI  NON

## PERSONNE AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Mr ou Mme :

Statut :

Mr ou Mme :

Statut :

Mr ou Mme :

Statut :

Mr ou Mme :

Statut :

## AUTORISATION PARENTALE

A signer obligatoirement sans quoi l'enfant ne pourrait pas être accueilli par l'accueil de loisirs.

Je soussigné(e) Mr, Mme....., père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles) de l'enfant.....

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur,
- M'engage à payer tous les frais d'accueil déduction faite des aides auxquelles j'ai droit,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties de l'accueil de loisirs autorisées par la réglementation,
- M'engage à munir l'enfant de vêtements adaptés aux activités proposées et à fournir pour les moins de 6 ans des affaires de rechange,
- Autorise la diffusion des photos et vidéos de mon enfant prises dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs, y compris sur facebook OUI  NON
- M'engage à fournir les ordonnances médicales de mon enfant s'il suit un traitement durant l'accueil,
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature précédé de la mention « lu et approuvé ».