



**Association socioculturelle
du centre Pierre Legendre**
7, boulevard Blancho
44220 Couëron
02 40 86 13 42

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET D'AUTORISATIONS

Lieu de scolarisation _____

Enfant _____

Prénom : _____ Nom : _____

Né(e) le : ___/___/_____

Fille

Niveau scolaire (classe) : _____

Garçon

Responsable légal 1 — madame monsieur

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Tel. portable : _____ Tel. domicile ou travail : _____

_____/_____/_____/_____/_____

Courriel : _____

Responsable légal 2 — madame monsieur

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Tel. portable : _____ Tel. domicile ou travail : _____

_____/_____/_____/_____/_____

Courriel : _____

Profession _____

Profession : _____

Employeur : _____

Adresse : _____

Profession _____

Profession : _____

Employeur : _____

Adresse : _____

Situation familiale _____

Un jugement a-t-il été prononcé concernant l'autorisation de la prise en charge de l'enfant ?

Oui (*) Non

(*) Joindre une copie.

Allocataire _____

Régime : _____

N° d'allocataire : _____

Caisse : CAF du Département

Recommandations utiles des parents _____

Votre enfant est-il en situation de Handicap ?

Oui (*) Non

(*) Joindre une copie.

A-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?

Oui (*) Non

(*) Prévoir une trousse spécifique pour chaque structure d'accueil

Autres recommandations et/ou contre-indication(s) _____

Habitude(s)
alimentaire(s)

- Sans porc
 Sans viande
 Végétarien

Allergie(s) _____

Vaccins _____ Date _____

BCG	____/____/____
DTCP	____/____/____
ROR	____/____/____
PNEUMOCOQUE	____/____/____
MENINGOCOQUE C	____/____/____
HEPATITE B	____/____/____

Autorisation(s) de l'inscrit _____

- Oui, j'autorise mon enfant à être photographié dans le cadre des activités extrascolaires, ainsi que l'affichage et la publication de ces photographies
 Non, je n'autorise mon enfant à être photographié
- Oui, j'autorise mon enfant à être filmé dans le cadre des activités extrascolaires, ainsi que la publication de ces films
 Non, je n'autorise mon enfant à être photographié
- Oui, j'autorise mon enfant à rentrer seul.
 Non, je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul.
- Oui, j'autorise la structure à pratiquer les soins d'urgence et à hospitaliser mon enfant en cas d'urgence
 Non, je n'autorise pas la structure à pratiquer les soins d'urgence et à hospitaliser mon enfant.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET D'AUTORISATIONS

Personne(s) autorisées à venir chercher l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Personne(s) non-autorisées à venir chercher l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel. : _____

Déclare être titulaire d'un contrat d'assurance pour les activités de mon enfant.

Je soussigné,, autorise la structure encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir la structure de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...) et dégage la structure de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir AVANT l'arrivée et APRES le départ de mon (mes) enfant(s).

Je m'engage à respecter les modalités de fonctionnement du règlement intérieur.

Fait à COUERON, le

Signature