

**Fiche sanitaire
de liaison
Année 2023/2024**



Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Etablissement scolaire :
Email (facultatif) :
Numéro de portable (facultatif) :

1 - Renseignements généraux :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT	
<u>PARENT 1</u>	<u>PARENT 2</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Email :	Email :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tel. portable :	Tel. Portable :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile :
RENSEIGNEMENTS	
N° d'allocataire (CAF) :	N° d'allocataire (CAF) :
Quotient Familial :	Quotient Familial :
N° Sécurité Sociale :	N° Sécurité Sociale :
En cas d'accident prévenir (Nom, prénom et n° de téléphone) :	En cas d'accident prévenir (Nom, prénom et n° de téléphone) :

AUTORISATIONS

J'accepte / Je refuse que mon enfant soit photographié et que les photos soient publiées que mon enfant soit photographié et que les photos soient publiées (Revue municipale, expositions municipales, compte rendu de service, site internet de la mairie, réseaux sociaux de la mairie et du Point Jeunes).

Je soussigné(e) autorise mon enfant à participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs de la ville de Saint-André et j'accepte que l'équipe d'encadrement propose des temps en petits groupes de jeunes tout en mettant en place un dispositif de sécurité.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts et m'engage à avvertir la structure de toute modification

J'accepte de recevoir par email la Newsletter du POINT JEUNES ainsi que toutes les infos sur les évènements organisés par le service Jeunesse de la mairie de Saint-André (envoi des programmes de vacances, invitations à des évènements, etc.

4 - Recommandation des parents

Votre enfants porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il un régime alimentaire spécifique ? Précisez.

5 - Nom et tel du médecin traitant :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, nécessaire.
J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Observation du service jeunesse

.....

.....

.....

.....

.....

.....