

PERSONNES MAJEURES AUTORISEES PAR LES PARENTS A PRENDRE L'ENFANT :

NOM / PRENOM	Lien de parenté avec l'enfant	TELEPHONES (Fixe ou Portable)

En cas d'impossibilité pour vous joindre, veuillez noter ci-dessous, les coordonnées d'une personne majeure qui prendra en charge votre enfant :

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

5. AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil de Loisirs, à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure.

Je soussigné (ée) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de direction de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Pour tout accident à l'Accueil de Loisirs, le 15 (SAMU) sera appelé.

Après avis du médecin l'enfant sera transporté à l'hôpital.

FAIT À VILLEMOSISON-SUR-ORGE

Le : / /

BON POUR POUVOIR

Signature

POUR TOUTES MODIFICATIONS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LA FICHE SANITAIRE, NOUS EN INFORMER RAPIDEMENT.

Mairie de
Villemoisson-sur-Orge



FICHE SANITAIRE

ANNEE 2021/2022

NOM:..... **Sexe:** M F
Prénom(s):...../...../..... **Né(e) le:**...../...../.....
Lieu de naissance:..... **Pays :**.....
Adresse:.....
Code postal:..... **Commune:**.....

MATERNELLE : Bouton Erables

SECTION : Petite Moyenne Grande

ELEMENTAIRE : Bouton Erables

CLASSE : CP CE1 CE2 CM1 CM2

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Mère /Nom de jeune fille:..... **Autorité parentale:** Oui Non
Nom marital (nom d'usage):..... **Prénom:**

Profession: **Situation familiale (1):**

Adresse:.....

Code postal:..... **Commune:**.....

Téléphone domicile:..... **Téléphone portable:**

Téléphone travail:.....

Père /Nom:..... **Prénom:** **Autorité parentale:** Oui Non
Situation familiale (1):

Profession:.....

Adresse:.....

Code postal:..... **Commune:**

Téléphone domicile:..... **Téléphone portable:**

Téléphone travail:.....

Autre responsable légal (personne physique ou morale):..... **Autorité parentale:** Oui Non

Organisme:..... **Personne référente:**

Fonction:..... **Lien avec l'enfant:**

Adresse:.....

Code postal:..... **Commune:**.....

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf (Ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) -Pacsé(e)

En cas de divorce, veuillez fournir la copie du jugement.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Numéro de sécurité sociale:

• **MAL DES TRANSPORTS** : Oui Non • **VACCINATIONS** (Joindre photocopies du carnet de vaccinations ou attestation de contre-indication aux vaccinations).

VACCINS	DATES		
	OUI	NON	Dates des derniers rappels.
Vaccinations			
DT polio			
DT polio+coqueluche			
DT polio+coqueluche+haémophilus			
BCG			
Hépatite B			
R.O.R			
Méningocoque C/Pneumocoque			

ALLERGIES (Pour toute allergie, joindre un certificat médical)1. L'enfant est-il allergique à certains aliments? Oui Non Lesquels?

.....

2. L'enfant est-il allergique à certains médicaments ? Oui Non Lesquels? :

.....

3. L'enfant fait-il de l'asthme? Oui Non / A l'effort ou allergique

4. Autre(s) allergie(s)

Type de menu: Sans Porc Sans viande Allergie(s) Présence d'un PAI (à fournir obligatoirement): Oui Non Précisez:

.....

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, des semelles orthopédiques,

etc.:

Ce que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel encadrant:

.....

.....

JE SUIS EN ACCORD AVEC LE REGLEMENT INTERIEUR.
Signature

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

- N° de contrat d'assurance civile extra-scolaire :

.....

- **Droit à l'image** : en respect de l'article 9 du code civil pour la protection du droit à l'image des personnes. J'autorise dans le cadre de projets de l'Accueil de loisirs que mon enfant soit photographié ou filmé. Cette autorisation comprend le droit de reproduire et de communiquer ces images au public notamment sur le site internet de la commune, dans le journal municipal officiel (PIVO), sur tout affichage local, ou sur des supports audiovisuels.Oui Non

AUTORISATIONS PARENTALES :
POUR LA SORTIE DE L'ENFANT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS.
POUR LA SORTIE DE L'ENFANT DU PERISCOLAIRE.

J'autorise mon enfant **scolarisé en élémentaire** à rentrer seul après :. L'Accueil de Loisirs (mercredis & vacances) : Oui Non . L'Accueil périscolaire du soir : Oui Non

Je décharge le personnel communal et les élus de toutes responsabilités en cas d'incidents ou d'accidents qui pourraient survenir lorsque mon enfant aura quitté l'Accueil de Loisirs et l'Accueil Périscolaire.

J'ai conscience de la préférence exprimée par la mairie :

- Pour une récupération assurée par une personne majeure s'agissant des enfants scolarisés à l'école maternelle.
- Pour un retour à domicile accompagné s'agissant des autres enfants.

PERSONNES MINEURES AUTORISEES PAR LES PARENTS A PRENDRE L'ENFANT :

Nom/Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphones (Fixe ou Portable)	Age