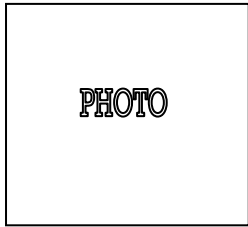




ACCUEIL DE LOISIRS

Pré et post scolaire, mercredis et vacances
FICHE CONFIDENTIELLE DE SECURITE
ANNEE SCOLAIRE 20..... / 20.....



NOM DE L'ENFANT :PRENOM :

ECOLE ET CLASSE :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

PRENOM(S) DES FRERES ET SCEURS et AGES :

ADRESSE :

DOMICILE :

MOBILE père : MOBILE mère :

E-mail père :E-mail mère :

PERE (ou tuteur)	MERE (ou tutrice)
NOM Prénom :	NOM Prénom :
Employeur :	Employeur :
Profession :	Profession :
Lieu :	Lieu :
(poste) :	(poste) :

Mariés Divorcés Vie maritale Séparés Célibataire Veuf(ve)

Si le père ou la mère a une adresse et un téléphone différent de l'enfant le préciser :

.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

Nom prénom	Ville	Téléphone	Lien avec l'enfant

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT :

Nom prénom	Ville	Téléphone	Lien avec l'enfant

ASSURANCE : joindre l'attestation nominative de l'enfant pour l'année en cours.

COMPAGNIE D'ASSURANCE :

NUMERO DE CONTRAT :

N° DE SECURITE SOCIALE QUI COUVRE L'ENFANT :

N° ALLOCATIONS FAMILIALES :



NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

VACCINATIONS : joindre les photocopies des vaccinations, à réactualiser au fur et à mesure des nouvelles vaccinations (sous enveloppe fermée au nom de l'enfant).

ALLERGIES : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non AUTRES :.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE :.....
JOINDRE OBLIGATOIREMENT un courrier du médecin précisant les symptômes, la conduite à tenir et/ou le protocole à suivre (sous enveloppe fermée au nom de l'enfant).

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
OTITE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

INDICATIONS MEDICALES OU CHIRURGICALES A SIGNALER : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation...(précisez les dates) :

PRECAUTIONS PARTICULIERES A PRENDRE OU RECOMMANDATIONS : lunettes, prothèses auditives, régime alimentaire, alimentation sans porc....

NOM DU MEDECIN DE L'ENFANT :

JE SOUSSIGNE(E) MADAME/MONSIEUR
AUTORISE MON FILS/MA FILLE.....
A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITES ET AUX SORTIES ORGANISEES PAR
L'ACCUEIL DE LOISIRS.

EN CAS DE NECESSITE AUTORISE LE RESPONSABLE A LE/LA FAIRE HOSPITALISER
ET RECEVOIR LES PREMIERS SOINS.

A Chambourcy, le :.....SIGNATURES précédée de bon pour pouvoir
Père, Mère ou Tuteurs

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES
DANS LE JOURNAL MUNICIPAL AINSI QUE SUR LE SITE INTERNET DE LA COMMUNE
pour l'ANNEE SCOLAIRE 20..../ 20....

Je (nous) soussigné(s).....
Parent(s) de l'enfant.....

AUTORISE(nt)* N'AUTORISE(nt)* pas

La mairie de Chambourcy à publier la (les) photos de mon enfant dans le journal municipal ainsi que sur le site internet de la commune.

*cocher la mention utile.

A Chambourcy, le.....SIGNATURES . Pour valoir ce que de droit.
Père, Mère ou Tuteurs