



AUTORISATIONS PARENTALES PERMANENTES

Je soussigné(e)

- autorise mon enfant à participer aux activités ou sorties organisées par la Ville de Pompey OUI NON
- autorise la Ville de Pompey dans le cadre de ses activités à photographier ou filmer mon enfant et éventuellement à publier ces documents (presse locale, site internet et outils de communication de la Ville) : OUI NON
- atteste que mon enfant peut pratiquer une activité sportive (aucune contre indication médicale) OUI NON
- autorise mon enfant (plus de 7 ans) à repartir seul à son domicile à la sortie de l'accueil périscolaire du soir : OUI NON Pas concerné

autorise les personnes désignées ci-après (personnes majeures) à venir chercher mon enfant :

j'atteste avoir reçu le règlement intérieur propre à chaque activité et en accepter tous les termes. (règlement intérieur remis lors du dépôt du dossier en mairie).

Signature du représentant légal

Fait à Pompey, le

Prélèvement automatique oui non

L'ENFANT (NOM ET PRENOM EN MAJUSCULE)

NOM.....PRÉNOM.....

Sexe M F Date de naissance.....Lieu :

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Ecole fréquentée..... Age :

Classe fréquentée à la rentrée 2023/2024 :

N° ALLOCATAIRE CAF..... QF CAF :

Régime Social : Général sécurité sociale () - MSA () - autre ()

RESPONSABLES :

Mariés Pacsés Divorcés Séparés Vie maritale Veuf (ve)

En cas de divorce et litiges familiaux : Quel parent a la garde de l'enfant ? Mère Père

PERE :

NOM.....PRENOM.....

Né leà

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Téléphone domicile..... Portable.....

Mail :

Profession : Nom de l'employeur.....

MERE :

NOM.....PRENOM.....

Née leà

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Téléphone domicile..... Portable.....

Mail :

Profession : Nom de l'employeur.....

Destinataire des Factures : PERE MERE

AUTRE PERSONNE POUVANT ETRE CONTACTÉE (Famille, Nourrice)

Nom et Prénom.....

Nom et Prénom.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CABINET DE SANTÉ ET VOUS SEGA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Ligalite B	
Tétanos				Rubéole-Croillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTI polio				Autres (spécifier)	
Ou Tétarocq					
BTC					

Si l'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRI-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRI-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

L'enfant doit toujours avoir sa ventoline sur lui (fournir un certificat médical avec prescription)

Allergie alimentaires : Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir
 fournir un PAI (projet d'accueil individualisé) Date de la Commission :

Type de Menus : Tous Aliments Sans Porc Sans Viande

INDIQUEZ CI-APRÈS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

.....

