

Ce document sera transmis aux équipes d'animation sur site. Il permet de délivrer aux animateurs les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité et doit être renouvelé tous les ans.

## VOTRE ENFANT

Nom :   
 Prénom :   
 Né(e) :   
 À :  Sexe : ☐ M ☐ F  
 Nationalité :

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Caisse de Sécurité sociale de :   
 Caisse d'allocations Familiales de :   
 Q. F. :   
 Adresse :   
 N° d'allocataire :   
 Assurance couvrant l'enfant :

## RESPONSABLE LÉGAL 1

Responsable : père ☐ mère ☐ tuteur ☐  
 Nom :   
 Prénom :   
 Adresse :   
 Tél. fixe :   
 Tél. portable :   
 Mail :   
 profession :   
 employeur :   
 tél :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1°) Vaccinations** ( joindre **obligatoirement** la photocopie des vaccins)

| Vaccins       | Type de vaccins      | Date                 | Date de rappel       |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Diphtérie     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| tétanos Polio | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Coqueluche    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| B.C.G         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ROR           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Autre :       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?**

  
  


## RESPONSABLE LÉGAL 2

Responsable : père ☐ mère ☐ tuteur ☐  
 Nom :   
 Prénom :   
 Adresse :   
 Tél. fixe :   
 Tél. portable :   
 Mail :   
 profession :   
 employeur :   
 tél :

**2°) Difficultés de santé à signaler (PAI, Allergies, asthme) et autres recommandations**

  
  


Je soussigné, Responsable de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités du centre sauf :

J'autorise le responsable à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires.  
 Je déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions générales d'inscription au Centre et son règlement intérieur.

Fait le  à :   
 Signature :

Joindre tout document légal en cas de garde alternée.

MENTIONS LÉGALES : « Les informations collectées par le biais de ce dossier sont destinées au service périscolaire de Genilac. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, écrire à Mairie de Genilac 45-85 rue René Mahinc 42800 Genilac ».

Veillez indiquer le NOM et Prénom de l'enfant :

NOM :

Prénom :

## Autorisation de sortie

Votre enfant est-il autorisé à partir seul ? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il autorisé à partir avec d'autres personnes que ses parents : ☐ Oui ☐ Non

Si oui veuillez indiquer leurs NOMS et Prénoms respectifs, ainsi que leur lien avec l'enfant (ex : nourrice, oncle, voisins ....). Une pièce d'identité sera demandée lorsqu'ils viendront chercher l'enfant

Je soussigné (e), M et/ou Mme  certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette autorisation de sortie.

Fait à , le

Signature du (des) représentant(s) légal (aux) :

## Droit à l'image

Je soussigné(e) , responsable légal de l'enfant

, scolarisé à l'école

autorise le personnel périscolaire à prendre des photos ou des films de mon enfant dans les cadres suivants :

Des activités du périscolaire ☐ Oui ☐ Non

Dans le temps de la cantine ☐ Oui ☐ Non

Au cours d'animations proposées par la commune pour la publication dans le bulletin municipal et/ou sur le site internet de la commune

☐ Oui ☐ Non

Au cours d'animations proposées par la commune pour la publication dans la presse

☐ Oui ☐ Non

Remarques:

Fait à , le

Signature du (des) représentant(s) légal (aux) :