

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Enfant : Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et nécessaires pendant la présence de l'enfant au centre, elle évite de vous démunir de son carnet de santé..

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCIN OBLIGATOIRE	DERNIERE DATE DE RAPPEL		DERNIERE DATE DE RAPPEL
DTP		HEPATITE B	
VACCINS RECOMMANDES			
ROR			
COQUELUCHE			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine à répétition	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non
Coqueluche	Otite à répétition	Rougeole	Oreillons	
Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non

Allergies : Asthme Oui - Non Alimentaires Oui - Non

Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :.....

Médecin traitant : Nom.....

Adresse :

téléphone :

Pièces à fournir lors de l'inscription :

- Photocopie du livret de famille – Copie du carnet de santé
- Copie du dernier avis d'imposition (ou de non imposition)
- Attestation de l'assurance périscolaire pour l'année en cours
- **1 certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité pour les enfants non scolarisés.**

Signature des parents, ou responsables légaux :

Fait à

Le



COMMUNE DE SAINT PARGOIRE

SERVICE ENFANCE JEUNESSE : A.L.P - A.L.S.H. - Cantine

Rue Du Temple / Espace Jean moulin – 34230 SAINT PARGOIRE
tel : 04-67-98-76-75 - courriel : enfance-jeunesse@ville-saintpargoire.com

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Date de naissance :
Adresse :

PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

MERE	PERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Profession :	Profession :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel travail :	Tel travail :
Portable :	Tel portable :

Situation familiale : Célibataire - Mariés - Séparés - Divorcés - Veuf(ve) - Autres

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :

Nom : Prénom :
Tel domicile : Portable :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant avec pièce d'identité :

- 1).....
- 2).....
- 3).....

L'équipe d'animation ne peut pas donner l'enfant à une personne mineure

Votre N° allocataire C.A.F. OU M.S.A. :

Votre adresse mail :