FICHE SANITAIRE & DE LIAISON 2018 2019

ENFANCE - JEUNESSE

Veuillez cocher les services que votre enfant va fréquenter cette année,
Remplir l'imprimé, le photocopier en plusieurs exemplaires
(1 imprimé par service fréquenté par votre enfant)
Vous pouvez également scanner et adresser l'imprimé par mail aux différents services.

❒ Restauration scolaire
Pause méridienne
Garderies

❒ Ecole municipale des sports

❒ Accompagnement à la scolarité

❒ Starti'jeunes

❒ Accueil de loisirs
(mercredis et vacances scolaires

ACCUEILS PÉRISCOLAIRES
Responsable : Roseline ANDRÉ
02 98 91 32 74
accueils.periscolaires@mairie-rosporden.fr

RESTAURATION COLLECTIVE
Responsable : Laurent GATEY
ROSPORDEN : 02 98 59 20 79
laurent.gatey@mairie-rosporden.fr

ACCUEIL DE LOISIRS
Responsable : Jocelyne Boëdec
02 98 59 89 17 - 06 87 82 83 97 79
alsh@mairie-rosporden.fr

SERVICE DES SPORTS
Responsable : Eric LARZUL
02 98 59 87 36 - 06 07 33 91 24
sports@mairie-rosporden.fr

STARTI'JEUNES
Responsable : François GUILLOU
02 98 50 28 68
francois.guillou@mairie-rosporden.fr

L'ENFANT (ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance :
_____/_____/_____

Sexe : ❒ masculin ❒ féminin

École fréquentée : _____

Classe en 2018-2019 : _____

Adresse de résidence :
_____
_____

URGENCE

En cas d'accident, l'enfant doit-il être conduit
❒ dans un établissement
❒ chez un médecin particulier ?
Lequel ? _____

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____
Prénom : _____
lien de parenté : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
lien de parenté : _____
Téléphone : _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : _____
Prénom : _____
lien de parenté : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
lien de parenté : _____
Téléphone : _____

Rosporden | Kernével

Ville de Rosporden -10, rue de Reims - CS 90092 - 29140 ROSPORDEN
Tél : 02 98 66 99 00 - Télécopie : 02 98 59 92 00 - Mail : contact@mairie-rosporden.fr

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Nom du médecin traitant : _____
- Téléphone du médecin traitant : _____
- Groupe sanguin : _____
- L'enfant est-il hémophile ? ❒ oui ❒ non
- Est-il sujet à des malaises particuliers ? ❒ oui ❒ non

Si oui lesquels ? _____

- L'enfant a-t-il été victime d'un accident ou d'une maladie particulière récemment ? : ❒ oui ❒ non
- **L'enfant a-t-il des allergies ?** ❒ oui ❒ non

Si oui lesquelles ? _____

_____

- L'enfant est-il concerné par un projet d'accueil individualisé (PAI) ? ❒ oui ❒ non

Si oui, remettre une photocopie du protocole d'urgence et la trousse médicale aux responsables des services fréquentés par votre enfant.

- L'enfant a-t-il une reconnaissance handicapée ou en cours de reconnaissance ? ❒ oui ❒ non
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi éducatif (CMP, rendez-vous médicaux...) ? Si oui, quel(s) jour(s) à quelle heure ?

_____

_____

- Votre enfant présente une contre-indication à la pratique du sport ❒ oui ❒ non

VACCINS **Remettre une photocopie des vaccins ou un certificat du médecin attestant de la réalisation des vaccins.** *Si votre enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, il ne pourra intégrer aucune structure collective municipale.*

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné _____

responsable légal de _____

1 - Autorise le service jeunesse de la ville à diffuser la photo de mon enfant dans les supports (papier et multimédia) de communication : ❒ oui ❒ non

2 - Autorise mon enfant de plus de 6 ans à quitter seul l'établissement : ❒ oui ❒ non

3 - Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs;

4 - Certifie exacts les renseignements portés sur les fiches et certifie que mon enfant a subi les vaccinations obligatoires;

5 - Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir à l'extérieur du centre auquel il est inscrit;

6 - Autorise les organisateurs à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires en cas d'urgence médicale;

7 - M'engage à payer les honoraires médicaux et pharmaceutiques engagés par les organisateurs.

A_____, le _____

Signature,

Représentant 1 : ❒ Père ❒ Mère

Nom et prénom : _____

Autorité parentale : ❒ oui ❒ non

Adresse : _____

❒ Cochez la case si adresse de facturation

Situation familiale des parents : ❒ Célibataire ❒ Mariés ❒ Union libre ❒ Pacsés ❒ Divorcés ❒ Veuf ❒ Séparés

Tél. du dom : _____ Tél. port : _____

mail : _____

Employeur : _____ Ville : _____

Tél. pro : _____

Représentant 2 : ❒ Père ❒ Mère

Nom et prénom : _____

Autorité parentale : ❒ oui ❒ non

Adresse : _____

❒ Cochez la case si adresse de facturation

Situation familiale des parents : ❒ Célibataire ❒ Mariés ❒ Union libre ❒ Pacsés ❒ Divorcés ❒ Veuf ❒ Séparés

Tél. du dom : _____ Tél. port : _____

mail : _____

Employeur : _____ Ville : _____

Tél. pro : _____

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL

(personne physique ou moral)

Organisme : _____ Fonction : _____

Tél. du dom : _____ Tél. pro : _____

Personne référente : _____

Lien avec l'enfant : _____

Ville : _____ CP : _____

Tél. port : _____ Tél. Pro : _____

mail : _____

NOMBRE D'ENFANT À CHARGE :

- Frère(s) ou soeur(s) scolarisés dans les écoles de la commune :

NOM	PRÉNOM	ÉCOLE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

- Régime Allocations familiales : ❒ CAF ❒ MSA

❒ AUTRE (EDF, GDF, MARITIME, à préciser) _____

N° ALLOCATAIRE CAF : _____

NOM DE L'ASSURANCE SCOLAIRE :

_____

NOM DE L'ASSURÉ ET N° DE L'ASSURANCE :

_____