



FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

2023

STARTI'JEUNES

Responsable :

François GUILLOU

02 98 50 28 68

francois.guillou@mairie-rosponden.fr

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-rosponden.fr

■ L'ENFANT (ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance :
____/____/____

Sexe : masculin féminin

École fréquentée : _____

Classe en 2023 : _____

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 : _____

■ 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. DT POLIO OBLIGATOIRE

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 :
