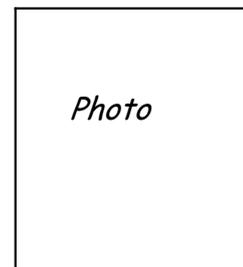


NOM et Prénom de l'enfant :

Né le : à :

Classe : Ecole :



	Père	Mère
Nom et Prénom :		
Adresse :		
Email :		
Téléphone :		
Profession	Profession : Employeur : Tél :	Profession : Employeur : Tél :
N° sécurité sociale :		
N° allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA		
Nom de la mutuelle		
Nom de l'assurance de la responsabilité civile :		

Situation Familiale Marié (e) Vie Maritale/Pacs... Célibataire Divorcé / Séparés Veuf (ve)

Pièces à fournir obligatoirement :

- Photocopie du carnet de santé (vaccins)
- Fiche d'imposition N-1
- Photocopie de l'attestation d'assurance de responsabilité civile
- PAI, si existant

Nous soussignons les parents/ représentants légaux autorisons :

- Le personnel autorisé par le président à transporter mon/mes enfant(s) en car, minibus.
- La Communauté de communes du Grand Saint-Emilionnais à utiliser, reproduire, diffuser et exploiter l'image de mon/mes enfant(s) pour les usages suivants :
 - Publication du journal communautaire
 - Publication dans le rapport d'activité de la CDC
 - Publication dans la presse locale (Sud-Ouest, Le Résistant)
 - Publication sur le site Internet de l'ALSH la Mosaïque et de la CDC
 - Publication sur la page Facebook de la CDC

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille. Il est entendu qu'aucun usage commercial ne sera fait de l'image de votre/vos enfant (s) par la communauté de communes du Grand Saint-Emilionnais, qui interdit toute l'utilisation pouvant porter atteinte à dignité.

Nous soussignons les parents/ représentants légaux autorisons :

M./Mme..... tél : à récupérer notre enfant
M./Mme..... tél : à récupérer notre enfant

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE LIAISON

Nom : Prénom :

Contre-indications médicales ou difficultés de santé :

.....

Allergies

Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Alimentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non - repas fourni <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

PAI (protocole d'accueil individualisé) : oui non

.....

Autres recommandations utiles des parents :

.....

Nom du Médecin, ville et numéro de téléphone :

Vaccins et maladies :

	BCG :	ROR :	DTP dernier rappel :	Autres vaccins :
Fait-le :				
	Rubéole :	Oreillons :	Rougeole :	Varicelle :
Maladie contractées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Repas : sans porc oui non

Nous soussignonsresponsables légaux de l'enfantdéclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Le : A :

Signatures des représentants légaux