

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 / 2025

Photo obligatoire

Identité de l'enfant Nom : Prénom : Né(e) le :	□ Jean Rostand □ Collège
Identité de la mère (ou du responsable légal) Nom / Prénom : Adresse :	
Domicile: Portable: Professionnel: Courriel: Profession: Employeur:	Portable: Professionnel: Courriel: Profession:
Renseignements complémentaires Avez-vous une mutuelle : □ Oui □ Non Nom et adresse de la mutuelle : □	N° d'assurance scolaire : Nom et adresse de l'assurance :
Identité du médecin traitant Nom / prénom : Adresse : Tél : Date du dernier vaccin DT Polio :	
Droit à l'image	Pour les enfants en élémentaire ou en secondaire
□ AUTORISE □ N'AUTORISE PAS le service communication de la mairie ainsi que la presse à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités du service enfance ou jeunesse sur l'année 2024-2025. J'autorise mon enfant à rentrer seul : □ après l'étude surveillée à 17h45 □ après l'accueil post-scolaire à 18h	
	n enfant (il est impératif que la personne soit majeure pour les moins de 6 ans)
Nom / prénom : en qu	ualité de
Je soussigné, autorise municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, et m'e le service de toute modification (changement d'adresse, problème de familiale). Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exactionnaissance du règlement de fonctionnement des activités extrascolaires. L'inscription de mon enfant valant acceptation de ce	engage à prévenir e santé, situation Signature cts et avoir pris périscolaires et

règlement est téléchargeable sur le site et affiché dans toutes les structures de la ville. En

dernier recours, le pôle de l'Action Education peut l'imprimer sur demande.