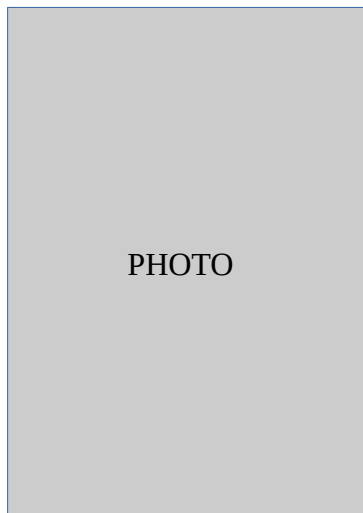


FICHE SANITAIRE DE LIAISON



ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ECOLE : _____

CLASSE : _____

ENSEIGNANT : _____

JOUR DE PRESENCE : LUNDI JEUDI

PARENTS ou RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse mail : _____

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

☎ domicile : _____

☎ travail : _____

Portable : _____

☎ domicile : _____

☎ travail : _____

Portable : _____

Je, soussigné(e), désigne les personnes suivantes en

tant que personnes habilitées à retirer mon enfant (nom, téléphone et lien avec l'enfant) :

.....
.....
.....
.....
.....

Fait à Lons, le

Signature des parents

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Allergies : asthme oui☐ non☐
alimentaires oui☐ non☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'authentification par le médecin traitant et PAI si besoin)

AUTORISATIONS DIVERSES

Je, soussigné(e), autorise les responsables de l'accompagnement à la scolarité du Centre Social Municipal à photographier mon enfant lors des activités et d'exploiter les images réalisées.

oui ☐ non ☐

Je, soussigné(e),autorise les responsables de l'accompagnement à la scolarité du Centre Social Municipal de Lons à transporter mon enfant dans les véhicules du centre social afin de participer à des activités extérieures du Centre Social Municipal.

oui ☐ non ☐

Fait à Lons, le Signature

Fait à Lons, le Signature