

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT	NOM
	PRÉNOM
	DATE DE NAISSANCE FILLE GARÇON
	ÉCOLE CLASSE
	ANNÉE

NOM DE L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

N° POLICE D'ASSURANCE N° CAF

VACCINS OBLIGATOIRES*	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES
DIPHTÉRIE				HÉPATITE B			
TÉTANOS				RUBÉOLE - OREILLONS ROUGEOLE			
POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE			
OU DT POLIO				BCG			
OU TÉTRACOQ				AUTRES (préciser) :			

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) : OUI NON SI OUI, PRÉCISEZ :

* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoirement joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

- Mention des antécédents pathologiques et des réactions éventuelles à certains médicaments :

- Votre enfant mange-t-il du porc ? oui non

- Votre enfant est-il inscrit à une association ou club sportif ? Si oui lequel :

- Remarques (lunettes, appareil dentaire, etc...) :

PARENTS ET PERSONNES DISPONIBLES RAPIDEMENT À CONTACTER EN CAS D'URGENCE*				
NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	ADRESSE MAIL	LIEN AVEC L'ENFANT	AUTORISÉ À RÉCUPÉRER L'ENFANT

*Si changement ou rajout en cours d'année, merci de prévenir votre directeur d'activités périscolaires.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus, autorise la mairie de Lagny-sur-Marne :

- À photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées par la collectivité OUI NON

- À publier la photo de mon enfant en couverture ainsi qu'en pages intérieures de toute publication municipale et pour des supports de communication en lien avec l'activité durant laquelle mon enfant a été photographié et filmé, notamment site internet de la Ville, réseaux sociaux de la Ville, tracts, affiches et publications de la Ville OUI NON

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités, y compris les déplacements hors de la commune OUI NON

- Autorise mon enfant à la baignade OUI NON

- Autorise la Direction à faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital le plus proche OUI NON

- Accepte de recevoir par courriel et/ou SMS des informations de la Ville de Lagny-sur-Marne à caractère général (infos périscolaire, événements culturels sportifs, réunion publique, alerte travaux, newsletter...) OUI NON

- Autorise mon enfant à rentrer seul (uniquement dans le cadre d'une inscription sportive) OUI NON

DATE

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL 1

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL 2