



Espace Socio Culturel du Sud Nivernais
35 Avenue du 8 mai
58240 ST PIERRE LE MOÛTIER
Tél : 03.86.37.20.58
mail : cs.stpierre@wanadoo.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche doit **obligatoirement être remplie** et rendue à la structure aussi rapidement que possible. Elle est indispensable pour connaître l'enfant et vous joindre en cas de problèmes. Les informations recueillies par le biais de cette fiche ne sauraient être divulguées à des personnes autres que celles composant le personnel de la structure.

1. ENFANT NOM : _____ Prénom : _____

Sexe : garçon fille Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

2. VACCINATIONS

Merci de nous fournir une photocopie du carnet de vaccination
et de nous informer dans les meilleurs délais des vaccinations effectuées en cours d'année scolaire.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, régime alimentaire...)

Bénéficiaire de l'AEEH ? oui non

4. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

(Difficultés motrices, craintes ou appréhensions de l'enfant, ou autres...)

L'enfant mouille - t - il son lit ? oui non occasionnellement

5. QUOTIEN FAMILIAL

Pour les ressortissants CAF extérieurs de la Nièvre ou les ressortissants MSA, merci de nous fournir un document notifiant votre quotien familial. Sans ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Il est important de nous fournir ces données même si vous ne percevez pas de prestations familiales.

Régime allocataire (CAF, MSA, précisez autres...)	
Nom de l'allocataire	
N° allocataire	

6. RESPONSABLES LEGAL DE L'ENFANT

Merci de remplir ces tableaux aussi précisément que possible, et de nous informer rapidement en cas de changement de coordonnées (numéro de téléphone notamment).

Situation familiale des parents de l'enfant : mariés en concubinage divorcés séparés veuf(ve)

Parent 1 (père, mère, famille d'accueil ...)	
Lien de parenté (père, mère, famille d'accueil ...)	
NOM	
Prénom	
Profession	
Employeur	
Numéro de téléphone fixe domicile	
Numéro de téléphone portable	
Numéro de téléphone du travail	
Adresse mail	
Parent 2 (père, mère, famille d'accueil ...)	
Lien de parenté (père, mère, famille d'accueil ...)	
NOM	
Prénom	
Profession	
Employeur	
Numéro de téléphone fixe domicile	
Numéro de téléphone portable	
Numéro de téléphone du travail	
Adresse mail	

7. ASSURANCE

**Merci de nous fournir une copie de votre attestation d'assurance
RESPONSABILITE CIVILE intégrée à votre habitation**

Assurance :

Adresse de la compagnie :

N° contrat :

Conditions d'assurance contractées par l'Espace Socio Culturel du Sud Nivernais :

Ce contrat garantit la responsabilité civile de la structure dans le cadre de ses activités notamment les conséquences pécuniaires qu'elle peut encourir en vertu :

- ▲ des articles 1382 à 1386 du Code Civil, en raison de tout dommage corporel et matériel causé à autrui
- ▲ en application du décret n°2002-538 du 12 avril 2002 relatif à l'obligation d'assurance de Responsabilité civile relative aux accueils de mineurs, mentionnées à l'article L.227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- ▲ en application des décrets n°2002-833 et 2002-884 du 3 mai 2002 relatifs à la protection des mineurs à l'occasion de vacances, de loisirs et de placements de vacances accueillant des enfants de moins de six ans.

Je déclare avoir pris connaissances des conditions d'assurance contractées par l'Espace Socio Culturel du Sud Nivernais

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

Fait à St Pierre le Mouëtier, le ____ / ____ / _____

Signature



Espace Socio Culturel du Sud Nivernais
35 Avenue du 8 mai
58240 ST PIERRE LE MOÛTIER
Tél : 03.86.37.20.58
mail : cs.stpierre@wanadoo.fr

NOM : _____

Prénom : _____

FICHE AUTORISATIONS

Personnes **autorisées** à récupérer l'enfant :

Nom - Prénom	Lien de parenté ET numéro de téléphone

Personnes **NON autorisées** à récupérer l'enfant :

Nom - Prénom	Lien de parenté ET numéro de téléphone

Détails des autorisations

- Autorise** La structure à saisir mes informations personnelles
 N'autorise pas
-
- Autorise** Le personnel à sortir l'enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe
 N'autorise pas
-
- Autorise** Le personnel à photographier ou filmer l'enfant dans la mesure où les films et images ne seront
 N'autorise pas utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de la structure
-
- Autorise** L'Espace Socio Culturel à utiliser la photo et l'image de l'enfant dans la presse, sur la page Facebook
 N'autorise pas de la structure et sur le site Internet « csi-stpierre.fr »
-
- Autorise** La Direction à consulter notre dossier allocataire CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources
 N'autorise pas (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le
service CAFPRO.fr respecte les règles de confidentialité et à fait l'objet d'une autorisation de la
CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel
à l'équipe de Direction).
-
- Autorise** Le personnel à administrer à l'enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et
 N'autorise pas sur présentation de l'ordonnance.
-
- Autorise** Le responsable à prendre, la cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations,
 N'autorise pas interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.
-
- Autorise** L'enfant à rentrer seul au domicile à la fin des activités.
 N'autorise pas
-
- Autorise** L'enfant à être transporté collectivement dans le cadre des activités.
 N'autorise pas

Fait à St Pierre le Moûtier, le ____ / ____ / _____

Signature