



FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON
GARDERIE — CANTINE -AL
DE BÉTHENCOURT-SUR-MER — ANNÉE 2023/2024

Mairie de Béthencourt-sur-Mer—8 Grande Rue

Horaires: du lundi au jeudi de 8h30 à 12h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30
☎ : 03 22 30 74 19 — @ : *communication.bsm80130@gmail.com*

CETTE FICHE EST À RENDRE OBLIGATOIREMENT A LA MAIRIE avec :
La photocopie des vaccins — une attestation d'assurance (scolaire ,périscolaire et extrascolaire) — une attestation CAF — carte vital

ENFANT

Nom:..... Prénom :.....Sexe : M F

Date de Naissance : Lieu : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Représentants légaux de l'enfant

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Autorité Parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom		
Prénom		
Date de Naissance		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié
	<input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacsé	<input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacsé
	<input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf(ve)	<input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf(ve)
Adresse		
CP Ville		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Courriel		
Employeur		
Téléphone professionnel		
N° d'allocataire CAF*		
N° de Sécurité Sociale		
Parent facturable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

* cette information est indispensable pour l'utilisation de "Mon compte partenaire CAF" (voir page 4)

Fratrie

Prénom-Nom	Date de naissance	Sexe	
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

Santé de l'enfant

Pour être accueilli en collectivité, votre enfant devra être à jour du calendrier des vaccinations.

Vaccin (s) obligatoire (s) :

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite.... (pour les enfants nés avant le 1 janvier 2018)

Ainsi que Coqueluche, Haemophilus influenzae B, Méningocoque, Pneumocoque, Rougeole, Oreillons, Rubéole

Effectué (s) Oui Non

Allergies :

L' enfant souffre-t-il :

- D' allergies alimentaires ? : Non Oui (préciser) :.....
- D' autres allergies ? : Non Oui
- D' asthme : Non Oui

Si l'une des cases oui est cochée , prendre contact avec la Direction enfance jeunesse pour la mise en place éventuelle d'un Projet d' Accueil Individualisé (PAI) qui devra nous être fourni.

L'enfant a-t-il un traitement en cours ? : Non Oui (préciser)

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Remarques éventuelles :

.....
.....

(Port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. et les précautions à prendre)

Médecin traitant :

D^r Tél:/...../...../...../.....

Adresse :

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (autre (s) que les représentants légaux

Prénom-Nom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone	A*	B*

*: Mettre une croix dans la (les) case (s) correspondante (s) :

A= autorisation à venir chercher l'enfant

B= à contacter en cas d'urgence

Autorisations pour les temps périscolaires et l'accueil de loisirs

Droit à l'image:

« Toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation ». Dans le cas d'images prises dans des lieux publics, l'autorisation est requise uniquement si l'image centre son attention sur une ou des personnes et qu'elle (s) est (sont) de ce fait reconnaissable (s).

J' autorise la prise de photos et de vidéos par les services municipaux, lors des activités organisées par elle à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication :

- site internet : Non Oui
- bulletins municipaux Non Oui

Départ :

J'autorise mon enfant, s'il est âgé de plus de 6 ans, à quitter seul l'accueil de loisirs :

- Non Oui

Urgence :

Je soussigné (e).....(père, mère, tuteur) autorise à faire soigner mon enfant.....,à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours.

Utilisation du courriel :

J'autorise la Mairie à me communiquer des informations par courriel concernant:	responsable 1		Responsable 2	
	oui	non	oui	non
Les activités enfance -jeunesse (ouverture des inscriptions, programmes, grèves ...)				
D'autres événements (manifestations, culture....)				

