



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

*En cas de fausse déclaration, la responsabilité de la ville sera dérogée*



VILLE DE SISTERON

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019  
Enfants **HORS** Ecoles Primaires de **SISTERON**  
Ados et Collégiens



## VACCINS OBLIGATOIRES

Antidiphtérique / Antitétanique / Anti poliomyélite (DTP)

**COPIE DU CARNET DE SANTE OBLIGATOIRE**

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

## L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT NECESSITE -T- IL UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I)?

OUI  NON

### si OUI pour :

- UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE *précisez*.....
- UNE INTOLERANCE ALIMENTAIRE *précisez*.....
- UN TROUBLE DE LA SANTE EVOLUANT SUR UNE LONGUE PERIODE

## INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE

- Suivi MDPH.....
- ASTHME .....
- ALLERGIE MEDICAMENTEUSE *précisez*.....
- AUTRES *précisez*.....

### CONDUITE A TENIR

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

*difficultés de santé, précautions à prendre*

.....

Nom et Tél. du médecin de famille .....

## ENFANT

sexe: F  M

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Age .....

### RESPONSABLE LEGAL(E) 1

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Tél. portable ..... Tél. domicile .....

Tél employeur:.....

Email .....

### RESPONSABLE LEGAL(E) 2

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Tél. portable ..... Tél. domicile .....

Tél employeur:.....

Email .....

N° de Sécurité Sociale .....

N° CAF ..... ou MSA .....

**PIECES A FOURNIR:** Copie des vaccins + assurance responsabilité civile au non de l'enfant

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL A L'UTILISATION DE DOCUMENTS AUDIOVISUELS

ET PHOTOGRAPHIQUES J'autorise la ville de Sisteron: à utiliser l'image de mon enfant, à procéder à la reproduction et la communication de celle-ci à travers des documents photographiques et ou audiovisuels, à procéder à la reproduction et à l'exposition de tout support (*réalisé dans toute brochure ou document de référence et sur tout support de promotion des activités de la Mairie de Sisteron expositions, articles de presse, brochure...*)

La ville de Sisteron s'interdit expressément de procéder à une utilisation des documents photographiques et audiovisuels susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les documents, objets de la présente, dans toute exploitation préjudiciable.

Je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de la Mairie de Sisteron, qui trouverait son origine dans l'exploitation des documents photographiques et audiovisuels, totale ou partielle. En conséquence de quoi, je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Par ailleurs, je garantis que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image. En cas de refus : barrer le paragraphe.

ASSURANCES Conformément à la loi du 17 Juillet 2001, nous vous informons que nous avons contracté une assurance qui couvre les préjudices mentionnés sur l'attestation (voir contrat au bureau des services). Si vous estimez que cette couverture est insuffisante, nous vous engageons à vous renseigner auprès de votre assureur et le cas échéant, de souscrire à une police qui vous convienne mieux.

RESTAURATION En vertu du principe de la laïcité, la collectivité n'est pas tenue de satisfaire les demandes liées à la religion. L'enfant qui refuse de s'alimenter pour des raisons religieuses ou personnelles peut ne plus être accepté sur la structure pour des raisons évidentes du respect de son intégrité physique et morale ainsi que de sa santé. Cette mesure sera appliquée si lors d'un entretien préalable avec les parents aucun accord n'a abouti.

Je soussigné (e).....

responsable légal (e) de .....

atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures auxquelles est inscrit mon enfant et des éléments concernant le droit à l'image, l'assurance et la restauration.

J'autorise les services d'urgences ou le médecin à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare exacts les renseignements fournis.

Dans le cas de fausses déclarations la responsabilité de la ville sera dérogée.

Date :

Signature :

**PERSONNES AUTORISÉES À RECUPÉRER MON ENFANT:**

**Nom et prénom:.....N° de téléphone.....**

**Nom et prénom:.....N° de téléphone.....**

**Nom et prénom:.....N° de téléphone.....**

**Nom et prénom:.....N° de téléphone.....**