



**CENTRE SOCIO-CULTUREL**  
**JEAN-PAUL COSTE**  
Ministère Education Nationale,  
Jeunesse et Sports

**Documents à fournir :**

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile
- Vaccins à jour
- Attestation QF CAF datant de **JANVIER 20**
- Avis d'imposition (si pas d'attestation CAF)
- Chèque adhésion familiale annuelle de 30€
- Règlement

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**ANNEE SCOLAIRE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

- ACM Marcel PAGNOL       ACM LES FLORALIES

<p><b><u>L'ENFANT</u></b> NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....      <input type="checkbox"/> GARCON      <input type="checkbox"/> FILLE CLASSE FREQUENTEE : .....      ECOLE FREQUENTEE : .....</p>	<p>Photo</p>
---	--------------

<p><b><u>RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :</u></b> <b>RESPONSABLE 1</b> Lien de parenté : ..... NOM : ..... PRENOM : ..... ADRESSE : ..... ..... TELEPHONE : ..... MAIL : .....</p>	<p><b>RESPONSABLE 2</b> Lien de parenté : ..... NOM : ..... PRENOM : ..... ADRESSE : ..... ..... TELEPHONE : ..... MAIL : .....</p>
--	---

Nom et N° du médecin traitant : .....

N° Allocataire CAF : .....

Nom et N° de la Police d'Assurance pour les activités extrascolaires : .....

***Nous vous conseillons fortement d'en souscrire une si ce n'est pas le cas à ce jour***

- **REPAS :**       CLASSIQUE       SANS PORC       SANS VIANDE       PAI
- **PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A RECUPERER MON ENFANT :**  
- .....  
- .....  
- .....
- **J'autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens**       Oui       Non

 **verso à compléter**

- Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? ?  Oui  Non

Si non, votre enfant est-il pris en charge par un dispositif d'accompagnement ? .....  
(fournir un justificatif)

- VACCINATION : SE REFERER AU CARNET DE SANTE - FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION

- RECOMMANDATION(S) UTILE(S) DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, etc... ? .....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant la date et les précautions à prendre : .....

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice – ATTENTION : Seuls les médicaments sans étiquettes rouges sont autorisés).

- L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

MALADIES	Oui	Non
ROUGEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
OTITE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		

- A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES ?

ALLERGIES	Oui	Non
ASTHME		
ALIMENTAIRE		
MEDICAMENTEUSE		
AUTRES		

- DECLARATION DES PARENTS :

Je soussigné(e) .....  
responsable légal de l'enfant .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et m'engage à en respecter les conditions.

(le document PDF téléchargeable sur notre site internet)

- Autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et aux sorties organisées par le CSC Jean-Paul Coste

- Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.

- Autorise le CSC Jean-Paul Coste à vérifier et à conserver mon quotient familial via l'application CAFPRO pour mettre à jour la tarification annuelle au 1<sup>er</sup> janvier 2022

- RECOMMANDATION UTILE DU CENTRE :

L'assurance de notre association ne couvre pas les pertes et vols des effets personnels de votre enfant pendant le temps d'accueil au centre de loisirs. Nous vous recommandons de prendre contact avec votre assurance pour souscrire une telle assurance (perte et vol d'objet personnel pendant les temps extra et périscolaire.)

DATE :

SIGNATURE :