



FICHE SANITAIRE Temps d'Activités Périscolaires



Nom de l'élève : Prénom : Classe :
Né(e) le : à :

Adresse précise des parents (ou du représentant légal) :
Tél. domicile : Tél. portable :
Adresse mail :

Nom et prénom du père :
Profession :
Employeur :
Tél travail : N°de Sécurité Sociale :

Nom et prénom de la mère :
Profession :
Employeur :
Tél travail : N°de Sécurité Sociale :

N°de sécurité sociale couvrant l'enfant :
Caisse sécurité sociale :
Date des vaccinations :
B.C.G. : R.O.R. :
Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche :
Médecin de famille : localité :
Téléphone :

Je soussigné autorise le coordinateur à prendre, le cas échéant, toute mesure utile pour une hospitalisation.

Renseignements particuliers :
Signature,

N'oubliez pas de remettre votre attestation d'assurance



AUTORISATIONS DIVERSES

Nom et prénom de l'enfant Classe

Liste des personnes susceptibles de venir chercher votre enfant à la fin des TAP

Noms, prénoms et téléphone des personnes autorisées :
.....
.....
.....
.....

Sortie des TAP

De retour de TAP à l'école (obligatoire), J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile :

[] oui [] non

Droit à l'image

J'autorise la publication de photos sur lesquelles apparaîtrait mon enfant :

[] dans Le « Longèves Infos » [] sur le site Internet de la commune

Trombinoscope

J'autorise, le mardi 2 septembre, la prise d'une photo d'identité de mon enfant afin de préparer un trombinoscope remis aux intervenants.

[] oui [] non

Signature,