



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
(au plus tard le vendredi 11 septembre)



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
 dans la parution d'un livre

Trombinoscope

J'autorise, le mardi 1er septembre, la prise d'une photo d'identité de mon enfant afin de préparer un trombinoscope remis aux intervenants.

oui non

Signature,