



CENTRE COMMUNAL
D'ACTION SOCIALE



GARDERIE INTERCOMMUNALE
du MERCREDI et des PETITES VACANCES
Année 2010/2011

Place de l'Europe - Ancienne Ecole Jules Ferry
73500 MODANE
Tél/Fax : 04.79.05.86.54
Email : cantine.periscolaire@modane.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'enfant.....Prénom.....

Date de naissance :Age :

Classe et groupe scolaire.....

Nom et Prénom du responsable légal :

Adresse complète :

E-mail du responsable :

Tél mère : Domicile.....Travail.....Portable.....

Tél père : Domicile.....Travail.....Portable.....

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :Prénom.....Téléphone.....

Nom :Prénom.....Téléphone.....

► **Assurances responsabilité civile et individuelle accidents** :

Nom de la compagnie :N° de contrat.....

Nom Caisse d'assurance maladie :

N° d'immatriculation.....

N° allocataire CAF :

Bénéficiaire MSA :Autres.....

MONTANT du Quotient Familial :

AUTORISATIONS DIVERSES

► **Départ** : J'autorise mon enfant à quitter la garderie pour participer à une activité sportive ou culturelle et à réintégrer la structure, accompagné d'une personne autorisée par vos soins à son départ et à son retour.

Oui Non

Signature :

Liste des personnes autorisées :

Nom :Prénom.....Téléphone.....

Nom :Prénom.....Téléphone.....

Nom :Prénom.....Téléphone.....

Nom :Prénom.....Téléphone.....

► **Droit à l'image** :

J'autorise le Centre Communal d'Action Sociale de Modane, représenté ici par l'équipe d'animation, à prendre mon enfant en photo et à diffuser son image dans les publications de la commune de Modane ou cantonales et sur leurs sites internet.

Oui Non

Signature :

► **Mesure d'urgence** :

J'autorise la responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Oui Non

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

GARDERIE du MERCREDI et des PETITES VACANCES

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE de NAISSANCE :

GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

<i>Vaccins Obligatoires</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>Dates des derniers rappels</i>	<i>Vaccins recommandés</i>	<i>Dates</i>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES ALLERGIES ? Oui Non

ALIMENTAIRES oui non / ASTHME oui non / AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et sur la fiche sanitaire.

Fait le
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

