

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE**

11, rue de La Mairie

FONTAINE-GUERIN

49250 LES BOIS D'ANJOU

Tel : 06.46.18.53.39

Mail : enfance.jeunesse@boisdanjou.fr

FICHE SANITAIRE ALSH 2017 - 2018

Renseignements concernant l'enfant

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Ecole fréquentée : _____ Classe _____

Renseignements concernant le ou les responsables de l'enfant mineur

	Monsieur	Madame
Nom Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone mobile		
Courriel		
Téléphone professionnel		
Profession		
Employeur		
Adresse employeur		

Merci de bien vouloir porter à notre connaissance les situations familiales particulières nécessaires à l'administration.....
.....

Renseignements pour la facturation

Les factures seront adressées à NOM Prénom :

Adresse :

.....

Signature de la personne qui recevra les factures :

Mode de règlement : si prélèvement automatique merci de cocher la case ci-contre : Oui**Les familles déjà utilisatrices de ce mode de règlement, n'ont pas à remplir l'autorisation de prélèvement.**

Droit à l'image

Autorisez-vous votre enfant ou vos enfants à être pris en photo dans le cadre des services périscolaires et leur diffusion dans la presse ? OUI NON

Personnes à appeler en cas d'urgence et ou à autoriser à prendre l'enfant à la sortie :

Nom Prénom : à appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : à autoriser à prendre l'enfant

N° de téléphone portable :
N° de téléphone fixe : N° de travail :

Nom Prénom : à appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : à autoriser à prendre l'enfant

N° de téléphone portable :
N° de téléphone fixe : N° de travail :

Nom Prénom : à appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : à autoriser à prendre l'enfant

N° de téléphone portable :
N° de téléphone fixe : N° de travail :

Nom Prénom : à appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : à autoriser à prendre l'enfant

N° de téléphone portable :
N° de téléphone fixe : N° de travail :

Mon enfant de plus de 6 ans est autorisé à rentrer seul : oui non

Santé

Merci d'indiquer les problèmes de santé de votre enfant (prises de médicaments, problèmes alimentaires, allergies....) Veillez fournir un certificat médical rempli par l'allergologue

Néant

Si oui

*Nom de l'enfant concerné : _____

* Nom des aliments concernés _____

Médecin généraliste assurant le suivi des enfants :

Docteur :Adresse :Téléphone :

Autorisation parentale à faire donner tous les soins nécessités par l'état de santé de mes enfants en cas d'extrême urgence ? OUI NON