



# Maison Pour Tous de Saint-Pierre



## Accueil de loisirs



### Fiche sanitaire de liaison 2022/2023

Nom et Prénom de l'enfant : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : F  M   
 Adresse : .....  
 Numéros de téléphone de la famille : .....  
 Adresse mail : .....  
 Ecole : ..... Classe : ..... Enseignant (pour Kerargaouyat) : .....

#### Informations famille

Représentant légal : ..... (père/mère/autre : .....)(<sup>1</sup>)  
 N° de tél : - domicile : ..... - portable : ..... - travail : .....  
 Profession : ..... - employeur : .....  
 Représentant légal : ..... (père/mère/autre : .....)(<sup>1</sup>)  
 N° de tél : - domicile : ..... - portable : ..... - travail : .....  
 Profession : ..... - employeur : .....  
 Régime allocataire : ..... - nom allocataire titulaire du dossier : ..... - numéro allocataire : .....

#### Déclaration parentale

Je souhaite recevoir les factures par mail  par courrier

Je souhaite recevoir les informations de la MPT ? Oui  Non

Je soussigné(e), Madame, Monsieur(<sup>1</sup>) ..... représentant légal de l'enfant .....

- autorise/n'autorise pas(<sup>1</sup>) la Maison Pour Tous de Saint Pierre à photographier mon enfant et à diffuser son image pour d'éventuelles publications relatant des activités de l'association et filmées dans le cadre d'activités de l'accueil de loisirs.

- autorise/n'autorise pas(<sup>1</sup>) mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs.

- autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom Prénom : ..... N° de tel : ..... Lien avec l'enfant : .....

Nom Prénom : ..... N° de tel : ..... Lien avec l'enfant : .....

Nom Prénom : ..... N° de tel : ..... Lien avec l'enfant : .....

- autorise l'association MPT de Saint-Pierre à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (soins courants, intervention d'un médecin ou des premiers secours).

-signale les difficultés de santé de mon enfant (maladie, allergies, asthme, accident, hospitalisations, opérations chirurgicales, crise convulsive...) en précisant les dates et les précautions à prendre, ainsi que s'il suit un traitement :

.....  
 .....  
 .....

Mes recommandations utiles (régime alimentaire, lunettes, lentilles, appareils dentaire ou auditif, comportement, etc.) :

.....  
 .....  
 .....

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser si nécessaire (changement de numéros de téléphone, d'adresse, allergies, rappels de vaccins...)

A Brest, le ..... Signature du représentant légal :

(1) Rayer la mention inutile

**Joindre un certificat médical attestant que les vaccins obligatoires de votre enfant sont à jour ou la photocopie de la page des vaccins obligatoires (antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélique) du carnet de santé. Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**