



Maison Pour Tous de Saint-Pierre

25 rue Victor Eusen, 29200 Brest

Tél. : 02 98 45 00 92

www.mptdesaintpierre.fr

- Accueil de loisirs (mercredis)
- Accueil de loisirs (vacances)
- Accompagnement scolarité
- Club ados

E N F A N C E

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

LE MINEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Pour les enfants de moins de 6 ans :
Cochez la case qui correspond à la situation de votre enfant :
 Fait la sieste Fait un temps calme
 Fait la sieste si fatigué(e)

Enseignant :
UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS SCOLARISÉS À KERARGAOUYAT

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Mère Père Autre :

NOM : Prénom :

Adresse : Adresse (si différent) :

Commune : Commune :

Téléphone : Téléphone :

E-mail : E-mail :

Je souhaite recevoir des informations de la MPT par e-mail

Dans le cas où les responsables légaux ne vivent pas à la même adresse :
 Les factures sont à envoyer à mon attention

Si les parents séparés souhaitent une facturation différenciée, les deux parents doivent faire une fiche de liaison

INCLUSION ET LOISIRS

Cette rubrique est à renseigner pour les enfants concernés

Je dispose d'une attestation de la MDPH (joindre une copie au dossier)

Afin d'accompagner au mieux l'enfant sur son temps de loisirs à la MPT, nous vous demandons de bien vouloir **prendre rendez-vous avec le directeur de l'accueil de loisirs avant la venue de votre enfant**. Cet entretien permettra de mettre en place d'éventuellement aménagements (locaux, mobilier, rituels...)

ADMINISTRATIF

Votre caisse : CAF du Finistère MSA Armorique
 Autre :

Nom de votre assurance extra-scolaire :
.....

Numéro allocataire :

Numéro de contrat/adhérent :

Votre quotient familial :

Numéro de sécurité sociale rattaché au mineur :
.....

Les factures sont envoyées par mail, cependant, vous pouvez demander à les recevoir par courrier en cochant la case :
 Je souhaite recevoir les factures par courrier

SANTÉ ET ALIMENTATION

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, allergies, asthme, accident, hospitalisations, opérations chirurgicales, crise convulsive...) ? Non Oui

Régime alimentaire (le cas échéant) :
 Sans Porc

Si oui, merci de préciser les précautions à prendre :
.....
.....

Souhaitez-vous communiquer des informations complémentaires ?.....
.....
.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) / Nous soussignons :

autorise(nt) la Maison pour tous de Saint-Pierre, dans le cadre des activités, à photographier/filmer mon enfant à diffuser son image pour d'éventuelles publications relatant des activités de l'association

OUI NON

autorise(nt) l'enfant à quitter seul l'accueil de loisirs

autorise(nt) la Maison pour tous de Saint-Pierre à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant en cas d'urgence

Nom des personnes autorisées à venir prendre en charge l'enfant :

Joindre une liste si le nombre de lignes est insuffisant

NOM et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

Je/nous certifie/certifions exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage/nous engageons à la réactualiser si nécessaire (changement de numéros de téléphone, adresse, renseignements médicaux...).

BREST, le / /

Signature(s) :

Pièce à joindre impérativement :

- Certificat médical (vaccinations à jour) ou copie des pages du carnet de santé

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA MIS EN ATTENTE ET TRAITÉ À RÉCEPTION DE L'ENSEMBLE DES PIÈCES.