

Merci de vérifier l'exactitude de cette fiche et d'y apporter les modifications nécessaires (notamment les numéros de téléphone et les allergies).

VILLE DE



QUIMPER

Document de liaison pour le service enfance pour l'année scolaire _____

Enfant	Sexe	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
<p>_____</p> <p>Né(e) le _____</p> <p><u>Ecole fréquentée</u> _____</p>				

Responsable légal - Mère de l'enfant	Responsable légal - Père de l'enfant
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> Domicile _____</p> <p> Portable _____</p> <p> Professionnel _____</p> <p><u>Courriel</u> _____</p> <p>_____</p> <p><u>Profession</u> _____</p> <p>_____</p> <p><u>Employeur</u> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> Domicile _____</p> <p> Portable _____</p> <p> Professionnel _____</p> <p><u>Courriel</u> _____</p> <p>_____</p> <p><u>Profession</u> _____</p> <p>_____</p> <p><u>Employeur</u> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Situation du couple parental : marié / concubinage / pacsé / séparé / divorcé* / parent isolé / veuf</p>	

* dans le cas où une décision de justice est intervenue, fournir la copie du jugement concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant

Formule	Assurance	Nom de la compagnie
Individuelle Accidents corporels	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Responsabilité civile	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Mutuelle	Nom de la mutuelle
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

N° de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) _____

Adresse du centre payeur _____

Numéro d'allocataire CAF _____

Autres personnes autorisées à prendre l'enfant

Nom	Téléphone 1	Téléphone 2

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin de famille _____

Date DTP (vaccin obligatoire) _____

En cas d'hospitalisation de votre enfant, il est nécessaire de présenter le carnet de santé à l'accueil des urgences

PROBLEMES PARTICULIERS DE SANTE

Pathologies alimentaires _____

Pour toute allergie alimentaire citée : prendre **IMPERATIVEMENT** contact auprès du Symoresco au **02 98 91 49 70**

Autres pathologies nécessitant un traitement _____

Pour toute allergie citée : un certificat médical est à fournir **IMPERATIVEMENT**

Notification MDPH (maison départementale des personnes handicapées) Oui Non

Observations particulières : _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) disposant de l'autorité parentale de l'enfant _____

- l'autorise à être passager dans les véhicules utilisés pour les activités ou pour les transports d'urgence,
- autorise le responsable des temps périscolaires et des accueils de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- l'autorise à participer à toutes les activités proposées,

Autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur tout support visuel (photographies, films, CD rom...) pour la promotion des activités du service municipal et pour l'ensemble des supports de communication de la ville

Non

A QUIMPER, le _____

Signature