MAIRIE DE MONTMAGNY
10 Rue du Onze Novembre 1918
95360 MONTMAGNY
✆ 01 34 28 69 00

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Famille n°

Père

✆ Domicile ✆ Portable ✆ Professionnel

Mère

✆ Domicile ✆ Portable ✆ Professionnel

Courriel :

Profession

Profession :
Employeur :
Adresse :

Profession

Profession :
Employeur :
Adresse :

Observations santé

Observation :

P.A.I.

☐ Oui ☒ Non

Habitude(s) alimentaire(s)

Pas d'habitude alimentaire

Contre-indication(s)

Pas de contre-indications

Allergie(s)

Pas d'allergies

Vaccin — **Type** — **Date**

Pas de vaccins

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Monsieur Père
Madame Mère

J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ mon enfant à participer à toutes les animations ou activités organisées par la structure municipale.
J'autorise ☐ le service de la vie scolaire et périscolaire à prendre toute mesure d'urgence (transport, hospitalisation...) rendu nécessaire par l'état de mon enfant.
J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ mon enfant à être photographié dans le cadre des activités périscolaires. Ces photos pourront illustrer des articles et des documents (magazine municipal, guide de l'enfance...) mais ne pourront en aucun cas, être utilisées à des fins commerciales.
J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ à organiser les trajets de mon enfant en car, mini bus ou à pied des divers services proposés.
J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ mon enfant à rentrer seul :
☐ Centres de loisirs ☐ accueil ☐ études ☐ CLAS ☐ car

Je soussigné, ..., certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...)

MONTMAGNY, Signature

"Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service informatique de l'organisme émetteur"