

MAIRIE DE BURY

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS (CANTINE - ACCUEIL PERISCOLAIRE - CENTRE DE LOISIRS)

LIEU DE SCOLARISATION : _____ ANNEE SCOLAIRE : _____

NOM : _____ PRENOM : _____ Date et Lieu de Naissance : _____

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : _____

N° et adresse du centre de sécurité sociale de l'enfant : _____

Nom / Prénom du père : _____ N° téléphone domicile : _____ N° portable : _____ Employeur : _____ N° Travail : _____	Nom / Prénom de la mère : _____ N° téléphone domicile : _____ N° portable : _____ Employeur : _____ N° Travail : _____
En cas d'urgence, de problèmes de santé ou autres, les parents sont immédiatement prévenus.	
Au cas où nous n'arrivions pas à vous joindre, précisez le nom, l'adresse et le N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : _____	

Personne autorisée à récupérer l'enfant (en dehors des parents) à la fin des activités : _____
Adresse et N° de téléphone : _____

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise Je n'autorise pas

Que mon enfant soit pris en photo lors des activités du Service Jeunesse et que celles-ci soient diffusées sur le site Internet de la commune, dans le bulletin municipal ou lors d'éventuelles expositions.

ALLOCATIONS FAMILIALES :

La famille perçoit-elle des allocations familiales de la CAF de CREIL* ou de BEAUVAIS* ou MSA* ou autre*
(* préciser) : _____ OUI NON Si MSA, précisez le numéro : _____

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), _____ Père*, Mère*, Représentant légal* (*rayer les mentions inutiles),

- Autorise l'enfant _____ à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du Centre de loisirs.

- Autorise le responsable de la structure, à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ le _____

Signature des parents

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE DE L'ENFANT (hospitalisation, traitement médical, allergies) : _____

RECOMMANDATIONS DES PARENTS : (Port de lunettes, port de prothèses dentaires, etc) _____