

ENFANT :

NOM : _____ Prénom(s) : _____
Né(e) le : ___ / ___ / ___ à : _____ Classe : _____ Sexe : M F
Adresse de résidence de l'enfant : _____
CP/ Ville : _____

RESPONSABLES LEGAUX :

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
NOM : _____	NOM : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____	Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____
Adresse : _____	Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____	CP : _____ Ville : _____
e-mail : _____	e-mail : _____
Tél domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Tél domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Tél portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Tél portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Tél travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Tél travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tierce personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : _____ Prénom : _____ Qualité : _____
Adresse : _____ Tél : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et adresse de l'assurance individuelle et civile souscrite pour l'enfant (**fournir une attestation**) :

POUR LA TARIFICATION :

Inscription et facturation : <https://www.gestion-cantine.com/> après validation de votre inscription

e-mail utilisé pour le site gestioncantine: _____

Le redevable pour la facturation : une seule case possible

Représentant légal n°1 Représentant légal n°2

Pour les couples séparés et en cas de facturation alternée, il est impératif de remplir un dossier séparé.

Je fournis **mon quotient familial** si mon quotient familial est inférieur à 1200 (tarif supérieur appliqué le cas échéant).

N° allocataire CAF _____ (la commune récupérant le quotient familial sur le site partenaire de la CAF)

ou je fournis une Attestation CAF Attestation MSA

RETOUR AU DOMICILE

➤ **Personnes désignées par les parents pouvant venir chercher l'enfant :** (une pièce d'identité pourra être demandée)

NOM : _____ NOM : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

NOM : _____ NOM : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

➤ **Autorisation pour retour seul au domicile (enfant de plus de 6 ans) :**

Je soussigné(e) M., Mme _____ autorise mon enfant à rentrer seul.

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) M., Mme _____ autorise n'autorise pas mon enfant à sortir avec les animateurs de l'accueil périscolaire ou du centre de loisirs de la salle dédiée, que ce soit pour se rendre sur une zone de loisirs du village ou pour une sortie en extérieure. Les familles seront toujours prévenues par mail en amont de l'organisation des sorties et pourront ne pas inscrire leurs enfants le jour de sortie.

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) M., Mme _____ autorise n'autorise pas La commune de Méréville à utiliser les photographies et images vidéo me représentant ou représentant mon enfant dans ses supports de communications (internes, site internet, bulletin municipal ou presse locale).

AUTORISATION D'UTILISATION DE VOTRE ADRESSE E-MAIL

Je soussigné(e) M., Mme _____ autorise n'autorise pas que la commune de Méréville m'adresse les informations concernant l'accueil périscolaire, le centre de loisirs à l'adresse mail mentionnée au verso.

Votre adresse e-mail sera utilisée dans des listes de diffusion masquées, cette information nominative est exclusivement à l'usage de la commune et ne sera pas communiquée à des tiers. Vous disposez, à tout moment, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, d'un droit d'accès, de rectification, ou de suppression de l'information relative à votre adresse e-mail.

➤ **Je certifie les renseignements exacts et je joins les pièces demandées.**

➤ **Je certifie avoir lu le règlement ; j'accepte les modalités de fonctionnement et le règlement de l'accueil périscolaire et du centre de loisirs tels qu'ils sont présentés sur le règlement intérieur fourni et m'engage en cours d'année à signaler tout changement ayant une incidence administrative.**

A _____, le __ / __ / ____

Signature(s) des responsables légaux :

Madame

Monsieur

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACM Merv2loulous
2025/2026

Document confidentiel
1 fiche par enfant

L'Enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe : _____ Fille : Garçon :

1) Vaccinations (fournir obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

11 Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Antidiphtérique			
Antitétanique			
Antipoliomyélitique			
Coqueluche			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite b			
Pneumocoque			
Méningocoque de séro groupe C			
Rougeole			
Oreillons			
Rubéole			
Autres (à préciser)			

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

2) Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Poids :kg Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Allergies ? :

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres (plantes, pollen...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Précisez :

.....

.....

.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé : oui non

Si oui, précisez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre** :

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Si le mineur est concerné par un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) un dossier spécifique sera à compléter et fournir. Prendre attache auprès du directeur.

Le mineur suit-il un régime alimentaire spécifique : oui non

Précisez : (végétarien, sans porc, sans viande rouge)

.....

4) Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc...

Précisez :

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

Doit-il les garder le temps libre ? oui non

Nom du médecin Traitant : Tél : __ / __ / __ / __ / __

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'Accueil Périscolaire/Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation.....) rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

Au cas où l'état de santé de l'enfant le nécessiterait, le personnel encadrant fera appel aux pompiers.