



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

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Famille n° 6

**ENFANT**

né le

Ecole

Père

**Monsieur**

☎ Domicile    ☎ Portable    ☎ Professionnel

Courriel :

Mère

**Madame**

☎ 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  
Madame

Père  
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, le :

Signature