



École fréquentée pour l'année 2026/2027 :

[illegible]

CONTACTS en cas d'urgence, autorisés à prendre en charge l'enfant :

Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Lien avec l'enfant : _____	N° de tél. : _____

Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Lien avec l'enfant : _____	N° de tél. : _____

Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Lien avec l'enfant : _____	N° de tél. : _____

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE * :

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de contrat :

** Joindre l'attestation d'assurance.*

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant / des enfants

- ☐ Autorise mon/mes enfant(s) à quitter seul l'accueil
- ☐ Autorise mon/mes enfant(s) à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils :
(En cas de contre-indication à la pratique d'activités physiques, un certificat médical devra être fourni)
- ☐ Autorise la publication de photos ou films dans le cadre des activités communales sur lesquels apparaissent mon /mes enfant(s) sur les supports d'informations de la Ville suivants :
 - Journal municipal l'Etincelle ☐ oui ☐ non
 - Site Internet, réseaux sociaux ☐ oui ☐ non
- ☐ Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable en ligne sur le site de la commune et l'espace citoyens et déclare approuver son contenu et m'engager à m'y conformer.
- ☐ Autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place et m'engage à régler tous les frais consécutifs.
- ☐ Reconnaît avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie de Vauréal à l'adresse suivante : **dpo@mairie-vaureal.fr**
- ☐ Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la fiche de renseignement et la fiche sanitaire de liaison et m'engage à prévenir le Guichet Unique de tout changement éventuel.

Formulaire complété le Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON : ENFANT 1 (☐ fille ☐ garçon)

NOM de l'enfant :
Date de naissance :

Prénom :
Lieu de naissance :

RÉGIME ALIMENTAIRE : ☐ pas de régime spécifique ☐ régime végétarien ☐ régime sans porc

VACCINATIONS :

DT POLIO o TETRACOQ date du dernier rappel :
BCG ☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Interventions chirurgicales subies :
L'enfant suit-il un traitement ? ☐ oui ☐ non Si oui, lequel :
Nom du médecin traitant :

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc.).

Cela entraîne-t-il un PAI* (projet d'accueil individualisé) ? ☐ oui ☐ non

**Joindre le protocole et les certificats médicaux, signé du médecin scolaire, du médecin spécialiste et de la direction d'école*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON : ENFANT 2 (☐ fille ☐ garçon)

NOM de l'enfant :
Date de naissance :

Prénom :
Lieu de naissance :

RÉGIME ALIMENTAIRE : ☐ pas de régime spécifique ☐ régime végétarien ☐ régime sans porc

VACCINATIONS :

DT POLIO o TETRACOQ date du dernier rappel :
BCG ☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Interventions chirurgicales subies :
L'enfant suit-il un traitement ? ☐ oui ☐ non Si oui, lequel :
Nom du médecin traitant :

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc.).

Cela entraîne-t-il un PAI* (projet d'accueil individualisé) ? ☐ oui ☐ non

**Joindre le protocole et les certificats médicaux, signé du médecin scolaire, du médecin spécialiste et de la direction d'école*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON : ENFANT 3 (☐ fille ☐ garçon)

NOM de l'enfant :
Date de naissance :

Prénom :
Lieu de naissance :

RÉGIME ALIMENTAIRE : ☐ pas de régime spécifique ☐ régime végétarien ☐ régime sans porc

VACCINATIONS :

DT POLIO o TETRACOQ date du dernier rappel :
BCG ☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Interventions chirurgicales subies :

L'enfant suit-il un traitement ? ☐ oui ☐ non Si oui, lequel :

Nom du médecin traitant :

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc.).

Cela entraîne-t-il un PAI* (projet d'accueil individualisé) ? ☐ oui ☐ non

**Joindre le protocole et les certificats médicaux, signé du médecin scolaire, du médecin spécialiste et de la direction d'école*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON : ENFANT 4 (☐ fille ☐ garçon)

NOM de l'enfant :
Date de naissance :

Prénom :
Lieu de naissance :

RÉGIME ALIMENTAIRE : ☐ pas de régime spécifique ☐ régime végétarien ☐ régime sans porc

VACCINATIONS :

DT POLIO o TETRACOQ date du dernier rappel :
BCG ☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Interventions chirurgicales subies :

L'enfant suit-il un traitement ? ☐ oui ☐ non Si oui, lequel :

Nom du médecin traitant :

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc.).

Cela entraîne-t-il un PAI* (projet d'accueil individualisé) ? ☐ oui ☐ non

**Joindre le protocole et les certificats médicaux, signé du médecin scolaire, du médecin spécialiste et de la direction d'école*