



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 2024-2025

- À retourner -

L'ENFANT (une fiche/enfant)

Nom : Prénom :
Né(e) le : à Dépt : Garçon : Fille :
Nom de la compagnie d'assurance : N° de police :

LA FAMILLE

FICHE PARENT 1

Nom – Prénom :
Adresse :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Nom et adresse de l'employeur :
Tél professionnel :
Courriel (obligatoire) :
Situation familiale :
 Célibataire Mariés Vie maritale Pacsé(e)
 Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)
Exercice de l'autorité parentale :
 Parent 1 Parent 2 Conjointe Tuteur

FICHE PARENT 2 OU TUTEUR

Nom – Prénom :
Adresse :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Nom et adresse de l'employeur :
Tél professionnel :
Courriel (obligatoire) :
Situation familiale :
 Célibataire Mariés Vie maritale Pacsé(e)
 Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)
Exercice de l'autorité parentale :
 Parent 1 Parent 2 Conjointe Tuteur

AUTORISATIONS

- Autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés utiles
- Autorise la prise de photographies et/ou des vidéos personnelles lors des temps périscolaires.
Ces images pourront être utilisées sur des supports de communication municipaux.

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom, Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Venir chercher (Cocher la case)	Personne à prévenir en cas d'urgence (Cocher la case)	Priorité en cas d'urgence (1,2 ou 3)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FICHE SANTÉ DE VOTRE ENFANT

Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

Vaccinations

Joindre obligatoirement une copie du feuillet vaccination

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				B.C.G			
Ou Tétracoq				Autres (Préciser)			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? Non Oui

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Non Oui

Aucun traitement médical ou paramédical ne pourra être administré par les agents dans le cadre des activités périscolaires et en restauration. Seul les P.A.I (Plan Accueil Individualisé) scolaires, validés, pourront être mis en œuvre.

Votre enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : Non Oui

Préciser quoi :

Asthme : Non Oui

Diabète : Non Oui

Épilepsie : Non Oui

Autres : Non Oui

Préciser :

Allergies médicamenteuses : Non Oui

Préciser :

Autres allergies : Non Oui

Préciser :

La prise en charge de votre enfant nécessite-t-elle un P.A.I (Plan d'accueil individualisé) : Oui Non

Si oui, prendre contact avec la direction de l'école, le responsable du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire. Fournir une copie du P.A.I. Renouvelable chaque année

Recommandations utiles signalées par les parents (votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...)

Observations (régime alimentaire) :

Lieu d'hospitalisation en cas d'urgence :

Je soussigné(e) Mme et/ou M....., responsable légale de l'enfant désigné ci-dessus,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement auprès de la mairie.
- Autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toute les mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A châtelain, le

Signature(s) parent 1:

Signature(s) parent 2 ou tuteur: