

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021

Votre enfant fréquente :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Restauration scolaire | <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire maternel |
| <input type="checkbox"/> Mercredis récréatifs  | <input type="checkbox"/> Mission Ados                  |

### 1 - IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

- GARÇON       FILLE

### 2 – VACCINATIONS

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

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

**ATTENTION** : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence dans le service ? 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**      ASTHME      Oui  Non       MÉDICAMENTEUSES      Oui  Non   
                          ALIMENTAIRES      Oui  Non       AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

.....  
.....  
**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    Oui     Non   
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

**Régime alimentaire :**    Repas normal     Repas sans viande     P.A.I

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE    oui     non     si oui, lequel ?

.....  
.....  
VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 25 M :    oui     non   
VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 50 M :    oui     non   
(Si oui, joindre une copie du justificatif)

VOTRE ENFANT PRESENTE-T'IL UNE CONTRE-INDICATION PARTICULIERE A LA PRATIQUE SPORTIVE OU A UNE DISCIPLINE SPECIFIQUE :    oui     non   
(Si oui, fournir un certificat médical)

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM.....

Père     Mère     Autre (précisez)  .....

**Situation familiale :**

Célibataire     Marié(e)     Séparé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)     Vie maritale

PROFESSION .....

ADRESSE  
.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE.....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (*FACULTATIF*).....

## 5 – PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOM ..... PRÉNOM.....  
ADRESSE.....  
TÉL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE .....  
LIEN AVEC L'ENFANT.....

## 6 - AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme ou M. .... responsable de l'enfant.....  
(Cochez les cases correspondantes à vos choix)

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant après avis médical. **Je m'engage également à faire parvenir à la mairie toutes modifications ou compléments de santé concernant mon enfant, dans le but que cette fiche sanitaire reflète l'exacte situation de santé de mon enfant.**
- Autorise mon enfant à se faire photographier ou filmer dans le cadre des activités de la restauration scolaire et/ou de l'accueil périscolaire maternel du soir et/ou des mercredis récréatifs et/ou de la Mission Ados. Ces films et photos peuvent être diffusés pour présenter les actions menées (presse, site internet de la ville, publications municipales et métropolitaines, réseaux sociaux municipaux et métropolitains, album, expositions).

Pour la Mission Ados :

- Autorise mon enfant à participer aux activités mises en place par la Mission Ados durant l'année scolaire 2020-2021 (permanences d'accueil libre et coup de pouce aux devoirs les mardis et jeudis soirs de 16h30 à 18h et les mercredis de 15h30 à 17h à la Maison des Jeunes, activités organisées les mercredis après-midi, activités organisées durant les vacances scolaires)
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités, depuis le lieu de l'activité.
- Souhaite recevoir le programme de la Mission Ados par mail uniquement.  
Précisez votre adresse mail : .....

Date :

Signature :

## 7 - RESPONSABILITE CIVILE

Nous précisons que votre enfant reste sous votre entière responsabilité civile et que c'est donc votre assurance qui couvrira les éventuels frais en cas de préjudice occasionné par lui-même. En conséquence, vous devez être couvert en responsabilité civile. En cas de litige entre les deux parents, il pourra être demandé un justificatif attestant l'autorité parentale.