

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... FILLE  GARÇON

Lieu de Naissance : ..... Classe : ..... Ecole : .....

à la rentrée

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

NOM : .....

N° contrat : .....

Joindre attestation d'assurance mentionnant les garanties extrascolaires : **responsabilités civile et individuelle accident.**

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé et FOURNIR LES PHOTOCOPIES des vaccins obligatoires)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant: NOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : .....

Groupe Sanguin : .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (trayer les mentions inutiles)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Oïtes	Rougeole	Oreillons	Asthme
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Indiquez ici LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE

TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON  PAI : OUI  NON

SI OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquées au nom de l'enfant avec son poids)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES

Asthme OUI  NON  Médicamenteuses OUI  NON

Alimentaires OUI  NON  Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

REGIMES

Régime sans porc : OUI  NON  Autres : .....

Projet d'accueil individualisé (PAI) : OUI \*  NON  (\*fournir protocole médical, repas, trousse secours)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), ..... , responsable légal de l'enfant autorise le responsable des accueils périscolaire et de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature

- Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
domicilié(e) \_\_\_\_\_  
représentant(e) légal de l'enfant : \_\_\_\_\_  
né(e) le : \_\_\_\_\_ A la rentrée, en classe de : \_\_\_\_\_
- ⇒ J'autorise à participer à toutes les activités et sorties relatives à l'inscription demandée,  
⇒ certifie exactes toutes les informations fournies au dossier d'inscription, et s'engage à **signaler tout changement** (adresse, téléphone, maladie, ...)  
⇒ certifie avoir lu les règlements intérieurs de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs proposés par la Commune, en accepte toutes les clauses et m'engage à les respecter,  
⇒ m'engage à signaler à la Commune tout changement de situation pouvant entraîner une modification du quotient familial (naissance, changement d'emploi...),  
⇒ m'engage, suivant les modalités précisées à l'inscription, à régler les sommes dues et rendre le **planning d'inscription/annulation au périscolaire ou par mail dans les délais fixés**,  
⇒ autorise mon enfant à quitter seul les activités choisies aux horaires de fermeture  
**PÉRISCOLAIRE** : OUI  NON  **MERC. LOISIRS** : OUI  NON   
**ACCUEIL DE LOISIRS** (vacances) : OUI  NON
- ⇒ autorise les responsables à photographier mon enfant lors des activités et sorties  
OUI  NON
- ⇒ autorise les responsables à filmer mon enfant lors des activités et sorties  
OUI  NON
- ⇒ autorise la commune à diffuser sur son site les photos/vidéos de mon enfant  
OUI  NON
- ⇒ autorise la commune à diffuser sur son bulletin municipal les photos de mon enfant  
OUI  NON
- ⇒ autorise la commune à diffuser sur l'ensemble de ses réseaux sociaux les photos/vidéos de mon enfant  
OUI  NON

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

2025 - 2026

## RESPONSABLE 1 (PAYEUR POUR FACTURATION)

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Régime : \_\_\_\_\_  
CAF de \_\_\_\_\_ N° allocataire obligatoire : \_\_\_\_\_  
Qualité : Père  Mère  Tuteur   
Situation de famille :  Marié  Divorcé  Séparé  Concubinage  Veuf  
Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE 2

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Régime : \_\_\_\_\_  
Qualité : Père  Mère  Tuteur   
Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## FAMILLE

Autres enfants à charge, indispensable pour le calcul du quotient familial.

NOM - Prénom	Date de Naissance	Classe
1		
2		
3		

## PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU D'ABSENCE

## ET A AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (AUCUNE PERSONNE MINEURE)

NOM - Prénom	Adresse complète	N° téléphone	Parenté

PENSEZ A PREVENIR DE TOUT CHANGEMENT (Téléphones, adresse, mail, ...)