



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2018/2019

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

CLASSE DE : ENSEIGNANT(E)S:

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE PERISCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE DE L'ENFANT ;

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			

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 l'accueil ? oui non

Si oui faire une demande de PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

ALLERGIES : ASTHME non MÉDICAMENTEUSES oui non

 ALIMENTAIRES non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE :

.....
.....

Faire une demande de PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Père Mère Autre

Si autre : Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Régime Social :

Sécurité Sociale

MSA

Autre

N° sous lequel est affilié l'enfant :

**Joindre photocopie de la carte vitale*

Groupe sanguin :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable légal : Père - Mère - Tuteur

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/____ Lieu de naissance :

Adresse :

Facturer à cette adresse

Téléphone domicile :

Portable :

Téléphone travail :

Profession :

Employeur :

Situation familiale :

Autorité parentale :

Oui

Non

Quotient familial : N° allocataire CAF :

Email :

Autre responsable légal : Père - Mère - Tuteur

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/____ Lieu de naissance :

Adresse :

Facturer à cette adresse

Téléphone domicile :

Portable :

Téléphone travail :

Profession : Employeur :

Situation familiale :

Autorité parentale :

Oui

Non

Email :

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Nom : Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

Divers :

Compagnie d'assurance périscolaire et Extra-scolaire :

N° police :

**Joindre photocopie de l'attestation d'assurance*

J'autorise le fait que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités périscolaires et Extra-scolaire

J'autorise mon enfant à sortir seul après l'ALSH le mercredi à 11h30 pour l'année 2018/2019

J'autorise mon enfant à sortir seul après la cantine le mercredi à 13h20 pour l'année 2018/2019

J'autorise mon enfant à sortir seul après la garderie à 18h00 pour l'année 2018/2019

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LA COORDINATRICE ENFANCE/JEUNESSE A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ACCUEIL

.....ECOLE COMMUNALE DE CABASSE.....

..... .06 69 04 32 19.....

.....afsco.cabasse@orange.fr.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

