

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____
Né(e) le ____/____/____ Sexe : _____

PARENTS

Mère

Tous les renseignements de cette
fiche sont obligatoires, notamment
pour appliquer les barèmes tarifaires
CAF-MSA

Père

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Profession : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone domicile : _____

Mail : _____

Mail : _____

Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

Numéro allocataire : _____

Numéro allocataire : _____

Famille d'accueil

Nom : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

Téléphone portable : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS : Joindre la photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.

PROBLÈMES DE SANTÉ :

Indiquez ci-après les problèmes de santé de l'enfant (allergies, maladie, accident, crises convulsives, opération, troubles et handicaps etc) en indiquant les précautions à prendre :

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

RECOMMANDATIONS UTILES :

Indiquez ci-après, si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèse auditives, des prothèses dentaires etc.

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Rappel : si votre enfant suit un traitement, il ne pourra en aucun cas lui être administré les médicaments nécessaires sans ordonnance.

ALLERGIE : OUI NON

ALIMENTAIRE : OUI NON

AUTRES

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

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

Si PAI merci de nous le signaler et de nous communiquer le protocole à suivre.

Personnes autorisées à récupérer mon enfant

NOM - PRÉNOM	Adresse	Téléphone	Lien

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - PRÉNOM	Adresse	Téléphone	Lien

AUTORISATION PHOTOGRAPHER / FILMER

- ☐ J'autorise que mon enfant soit filmé et/ou photographié à des fins de diffusion dans :
- la structure elle-même
 - la presse
 - le site internet et/ou autres supports informatiques de la structure.

- ☐ Je n'autorise pas la diffusion d'image concernant mon enfant.

Je soussigné(e) :

Responsable légal 1 : _____

Responsable légal 2 : _____

-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter les règles de fonctionnement de l'accueil.

-déclare posséder une assurance en responsabilité civile pour mon enfant

-certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler tout changement de coordonnées.

-autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures

(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signatures des responsables légaux précédées de la mention « lu et approuvé »