

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueils de loisirs périscolaires-Commune d'ELOYES - Année scolaire 20_ -20_
A remplir par les responsables légaux, un par parent en cas de garde alternée

Ce document est à remettre avec le dossier d'inscription ou à adresser par courrier à la Mairie d'Eloyes - Service périscolaire 8 rue du général de Gaulle 88510 Eloyes

ENFANT

Nom :
Prénom : **Garçon** **Fille**
Date de naissance : / /
École fréquentée *: **LES TILLEULS** **FANNY SALMON** **Niveau :**.....
 *Septembre 2020

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse domicile :	Adresse domicile :
.....
domicile	domicile
professionnel	professionnel
portable	portable
Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :
Adresse employeur :	Adresse employeur :
.....
Situation familiale (cocher la case)	<input type="checkbox"/> Célibataire/veuf(ve) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> si séparé(e) ou divorcé(e) : <input type="checkbox"/> garde monoparentale <input type="checkbox"/> garde alternée : <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire <input type="checkbox"/> autre

AUTRES RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

N° de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché :

Régime social particulier : MSA -N° d'immatriculation :
 N° Allocataire C.A.F:

Nom et adresse de l'assurance Responsabilité Civile (Individuelle accident) :

N° de l'assurance :

Vos autorisations

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX)

M. - Mme :	N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
M. - Mme :	N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
M. - Mme :	N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
M. - Mme :	N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autorisez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé lors de manifestations organisées dans le cadre de ses activités périscolaires à des fins de parution dans les publications municipales ?
 Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux sorties de proximité organisées dans le cadre des activités périscolaires
 Oui Non

Pour les enfants de l'école élémentaire

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à l'issue des activités périscolaires ?
 Oui Non
Si vous souhaitez qu'il quitte l'accueil pendant les heures de garde
Cocher le jour correspondant et l'heure de sortie
 Lundi : _ _ _ _ **Mardi** : _ _ _ _ **Mercredi** : _ _ _ _ **Jeudi** : _ _ _ _ **Vendredi** : _ _ _ _

Autorisez-vous votre enfant à être repris par une personne mineure (frère ou sœur exclusivement) désignée par vos soins
 Oui Non
NOM : **Prénom :**

L'inscription des enfants sur les temps périscolaires par les familles vaut adhésion au règlement qui est notifié aux familles au moment de l'inscription (à consulter sur votre espace famille).

Lu et approuvé, le

Signature du responsable légal

N'hésitez pas à vous faire aider de votre médecin pour remplir cette rubrique

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention "secret médical", à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil. Par exemple : les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux, soleil, piqûres d'insectes...) ou une opération chirurgicale récente :

Si oui, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

MALADIES EN COURS

Aigues ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil, par exemple : diabète, asthme, convulsion...

Si oui, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

LES MEDICAMENTS

Si un traitement est à prendre pendant le temps d'accueil de votre enfant, joindre la copie de l'ordonnance médicale.

Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

A renseigner obligatoirement

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
VACCINATIONS RECOMMANDEES (BCG, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, Hépatite B)

Fournir un certificat de vaccinations,

ou une copie lisible des "pages vaccinations" du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom,

ou un certificat médical de contre-indication le cas échéant (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) ?

Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Mon enfant porte :

des lunettes ou lentilles

des prothèses auditives

des prothèses dentaires

autre appareillage, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

Régime alimentaire particulier :

Eventuellement, coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Je soussigné(e) M – Mme

responsable légal de l'enfantdéclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Je m'engage à communiquer toutes modifications de renseignements concernant mon enfant qui pourraient intervenir au cours de l'année scolaire.

Lu et approuvé, le

Signature du responsable légal