

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL-ALSH-RESTAURATION SCOLAIRE**  
(Cette fiche est à remettre obligatoirement au centre de loisirs de l'école)

NOM et PRENOM \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_  
 CLASSE : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Tel Domicile : \_\_\_\_\_ Tel Portable : \_\_\_\_\_ Tel Bureau : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Tel Domicile : \_\_\_\_\_ Tel Portable : \_\_\_\_\_ Tel Bureau : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Situation de parents\* : *Célibataires, vie maritale, mariés, divorcés, séparés, veufs, pacés.*

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_  
 Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
 Adresse de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'organisme mutuelle : \_\_\_\_\_  
 Adresse de l'organisme mutuelle : \_\_\_\_\_

**Autres personnes pouvant être prévenues en cas d'urgence :**

Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		

**Personnes autorisées à récupérer votre enfant (autres que le représentant légal) :**

Sur présentation d'une pièce d'identité

Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		
Nom prénom : _____	Téléphone N°1 : _____	Téléphone N°2 : _____
Adresse : _____		

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

EN CAS D'ALLERGIE, PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INDIQUEZ LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS, VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESE DENTAIRE, ETC... PRECISEZ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'ENFANT A-T-IL ETE HOSPITALISE (Précisez la cause)

\_\_\_\_\_

GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT (non obligatoire) : \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT :

NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VACCINATION (Fournir les photocopies du carnet de santé relatives aux vaccinations)	MALADIES
<input type="checkbox"/> Diphtérie                      dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Rubéole
<input type="checkbox"/> Tétanos                            dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Varicelle
<input type="checkbox"/> Poliomyélite                    dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Angine
<input type="checkbox"/> DT polio                            dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu
<input type="checkbox"/> Tétracoq                            dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> BCG                                    dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Hépatite B                        dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Otite
<input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Coqueluche                        dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oreillons
<input type="checkbox"/> Autres (précisez... )            dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres (Précisez... )            dernier rappel le	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## TRAITEMENT ALIMENTAIRE

- Pas de traitement spécial
- Repas sans porc
- Sans viande (végétarien)

En cas de traitement spécial ne faisant pas partie des possibilités proposées ci-dessous, veuillez contacter le service concerné

Je soussigné(e) M. ou Mme \_\_\_\_\_ responsable légal :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise le directeur du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, prise de température, hospitalisation, interventions chirurgicales... ) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise mon enfants, à participer\* à toutes les activités organisées par les animateurs, aux activités spécifiques, sorties extrascolaires et sorties sur la pause déjeuner.

J'accepte     Je n'accepte pas    que mon enfant soit photographié, filmé dans un but non lucratif.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal