



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
ANNEE 2020/2021**

Identité de l'enfant

Nom
Prénom
Date de naissance
Garçon Fille

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles aux accueils
Elle doit impérativement être remplie par le responsable légal de l'enfant

1- RESPONSABLES LÉGAUX

Père	Mère	Tuteur
Nom.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
Adresse	Adresse	Adresse
☎.....	☎.....	☎.....

2- VACCINATIONS

Une photocopie des vaccinations de l'enfant est à fournir

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON

L'enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) OUI NON

Si oui, une copie du protocole, l'ordonnance et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice) ainsi qu'une autorisation manuscrite des parents pour administrer un éventuel traitement (uniquement pour les PAI)

ALLERGIES : Médicamenteuse OUI NON

Alimentaires OUI NON

Autre(s) allergie(s)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5- PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

Personne 1	
Nom.....	
Prénom.....	
Lien de parenté.....	
☎.....	
Autorisé à récupérer l'enfant :	
- Après	Centre d'activités municipal <input type="checkbox"/> Étude <input type="checkbox"/> Garderie matin/soir <input type="checkbox"/>
- En cas de	Maladie <input type="checkbox"/> Incident <input type="checkbox"/>

Personne 2	
Nom.....	
Prénom.....	
Lien de parenté.....	
☎.....	
Autorisé à récupérer l'enfant :	
- Après	Centre d'activités municipal <input type="checkbox"/> Étude <input type="checkbox"/> Garderie matin/soir <input type="checkbox"/>
- En cas de	Maladie <input type="checkbox"/> Incident <input type="checkbox"/>

Personne 3	
Nom.....	
Prénom.....	
Lien de parenté.....	
☎.....	
Autorisé à récupérer l'enfant :	
- Après	Centre d'activités municipal <input type="checkbox"/> Étude <input type="checkbox"/> Garderie matin/soir <input type="checkbox"/>
- En cas de	Maladie <input type="checkbox"/> Incident <input type="checkbox"/>

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant : déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités organisées sur les différents accueils.

DATE :

SIGNATURE

Je soussigné(e),, autorise la commune de Chevannes à photographier mon enfant et à utiliser les photos sur tout support de communication interne à la commune (affichages, site internet, journal interne) ou pour toute activité périscolaire (centre d'activités municipal, restauration scolaire, garderies matin/soir et étude).

DATE :

SIGNATURE