



Réservé à l'administration	
Santé	
S.P	
G	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON UNIQUE 2018-2019

ENFANT :

Nom : ----- **Ecole:**-----
Prénom :----- **Date de naissance :** -----
Adresse : -----

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

Situation Familiale : Marié(e) /Vie Maritale Séparé(e)
 Pour toute situation particulière, veuillez en informer le responsable.

MERE

NOM : **Prénom :**
TEL : Domicile : Portable : Travail :
 Lieu de Travail :
 Adresse (si différente de l'enfant) :

PERE

NOM : **Prénom :**
TEL : Domicile : Portable : Travail :
 Lieu de Travail :
 Adresse (si différente de l'enfant) :

RENSEIGNEMENTS GENERAUX ET MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Ces informations seront utilisées pour tous les temps péri et extra scolaires (centre de loisirs, restauration scolaire, accueils péri scolaires, études surveillées)

Numéro de sécurité sociale de rattachement de l'enfant :

ALLERGIE : oui non si oui lesquelles :
REGIME ALIMENTAIRE : oui non si oui lesquelles :
CONTRE INDICATION : oui non si oui lesquelles :

▲ VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES ? PROTHESES AUDITIVES ? PROTHESES DENTAIRES ... PRECISEZ

.....

▲ VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES DE CONVULSION....)

PRECISEZ :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT :

J'autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant :

NOM :	Prénom :	téléphone:
NOM :	Prénom :	téléphone:
NOM :	Prénom :	téléphone:
NOM :	Prénom :	téléphone:

(Une autorisation écrite de la part des familles sera exigée pour tout enfant récupéré par une personne non inscrite dans la liste)

AUTORISATION DE RENTRER SEUL EN FIN DE JOURNEE : oui non

Si oui à quelle heure :

LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :

Si votre enfant présente une allergie d'origine alimentaire ou maladie chronique justifiée par une prescription médicale, **un Projet d'Accueil Individualisé Municipal doit être réalisé avant son accueil dans les services péri scolaires** (centre de loisirs, cantine, accueil). Ce projet vient en complément au PAI de l'éducation nationale. La demande doit être formulée auprès de la coordinatrice PAI de la ville (01.30.37.60.02)

N'oubliez pas de fournir, lorsque cela est nécessaire, un double des médicaments préconisés dans le PAI en prenant soin de vérifier régulièrement les dates de péremption des médicaments.

L'enfant a-t-il déjà été soumis à un projet d'accueil individualisé : oui non

▲ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRE CONCERNANT VOTRE ENFANT (régime alimentaire, personnalité, habitudes pour la sieste...):

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

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

* J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'établissement, y compris la piscine, les activités nautiques* et les sorties hors de la commune, quel que soit le moyen de transport (car de la ville, bus urbains, déplacements pédestres...)

* J'autorise mon enfant à participer aux sorties pendant les temps péri et extra scolaires (temps de cantine, accueil péri scolaires, centre de loisirs).

* J'autorise le personnel municipal à photographier mon enfant et à diffuser ces photos dans les supports institutionnels de la ville à des fins non commerciales (site web de la ville, journal de la ville, Facebook de la ville)

* Je m'engage à respecter le règlement de la structure ainsi que les horaires des équipements d'accueil

- Centre de loisirs : de 7h00 à 19h00 en journée / 7h00-13h00 demie journée « matin » / 11h30-19h00 demie journée « après-midi ». Arrivée des enfants avant 9h.

- Accueil péri scolaire : matin : 7h00-8h20 / soir : 16h30-19h00

Pour tout retard, une pénalité de 10 euros sera appliquée

Je m'engage également à informer le directeur du centre de loisirs et les référents éducatifs de toutes modifications concernant mes coordonnées ou tout autre renseignement de la fiche.

ERAGNY SUR OISE Le

SIGNATURE

- *Si votre enfant possède un brevet de natation de 25m, merci de nous le fournir*
- *Fournir une copie des pages de vaccinations du carnet de santé de votre enfant*

Cette fiche de renseignements est valable pour une année scolaire