



Reservé à l'administration	
Santé	
S.P	
G	

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON UNIQUE 2016-2017**

**ENFANT :**

**Nom :** ----- **Ecole:**-----  
**Prénom :**----- **Classe :**-----  
**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) : .....

**SERVICES PERI SCOLAIRE**

Cochez les lieux que votre enfant est susceptible de fréquenter :

<b>Accueil du matin</b>	<input type="checkbox"/>	lundi	<input type="checkbox"/>	mardi	<input type="checkbox"/>	mercredi	<input type="checkbox"/>	jeudi	<input type="checkbox"/>	vendredi	<input type="checkbox"/>
<b>Accueil du soir</b>	<input type="checkbox"/>	lundi	<input type="checkbox"/>	mardi	<input type="checkbox"/>	jeudi	<input type="checkbox"/>	vendredi	<input type="checkbox"/>		
<b>Cantine</b>	<input type="checkbox"/>	lundi	<input type="checkbox"/>	mardi	<input type="checkbox"/>	jeudi	<input type="checkbox"/>	vendredi	<input type="checkbox"/>		
<b>Etude</b>	<input type="checkbox"/>	lundi	<input type="checkbox"/>	mardi	<input type="checkbox"/>	jeudi	<input type="checkbox"/>	vendredi	<input type="checkbox"/>		
<b>15H45-16H45</b>	<input type="checkbox"/>	lundi	<input type="checkbox"/>	mardi	<input type="checkbox"/>	jeudi	<input type="checkbox"/>	vendredi	<input type="checkbox"/>		
<b>Centre de loisirs</b>	<input type="checkbox"/>			mercredi	<input type="checkbox"/>	vacances	<input type="checkbox"/>				

**AUTORISATION DE RENTRER SEUL EN FIN DE JOURNEE :**  **oui**  **non**

Si oui à quelle heure : .....

**ADULTE(S) AUTORISE(S) A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT :**

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

<b>NOM :</b>	<b>NOM :</b>	<b>NOM :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>

<b>NOM :</b>	<b>NOM :</b>	<b>NOM :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX ET MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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 : .....

**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 doit être réalisé avant son accueil dans les services péri scolaire ( centre de loisirs, cantine, accueil, NAP) . La demande doit être formulée auprès du directeur d'école qui enclenche la procédure en lien avec la médecine scolaire et la coordinatrice PAI de la ville.

N'oubliez surtout pas de fournir, lorsque cela est nécessaire, l'ensemble 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

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

.....  
.....

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

PRECISEZ :.....  
.....

**▲ INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES CONCERNANT VOTRE ENFANT :**

.....  
.....

\* Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacte 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.

\* 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)

\* Je m'engage à respecter le règlement de la structure ainsi que les horaires d'ouverture et de fermeture.

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

A 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*