

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Ecole.....maternelle élémentaire

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2011-2012

Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant.....

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance...../...../.....

Lieu de résidence.....

Situation familiale actuelle du représentant légal.....

Situation familiale des parents : Marié Pacsé Célibataire Séparé Divorcé veuve/veuf Union libre
Responsable de l'enfant Père Mère Tuteur

Nom, Prénom du père..... Tél

Nom, Prénom de la mère..... Tél

Nom, Prénom du tuteur..... Tél

Adresse de la mère.....

Code postal Ville..... /mail.....

Adresse du père.....

Code postal Ville..... /mail.....

N° d'allocataire..... Bénéficiaire : père mère Régime CAF

N° de sécurité sociale..... MSA

AUTRES

Profession du père.....

Nom de l'employeur..... ☎

Profession de la mère.....

Nom de l'employeur..... ☎

Joindre la photocopie des vaccinations obligatoires

Renseignements médicaux

Nom et téléphone du Médecin :

L'enfant présente-t-il des troubles de la santé ?

PAI OUI NON

Allergies alimentaires	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Préciser :
Allergies médicamenteuses	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Préciser :
Asthme	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Diabète	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Epilepsie	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Autres	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Préciser :

L'enfant suit-il un traitement régulier ? NON OUI

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil périscolaire ? NON OUI

Autres difficultés de santé et recommandations utiles signalées par les parents

(Suivi spécialisé, lunettes, prothèses dentaires ou auditives...)

.....

Déclaration du responsable

PHOTOGRAPHIE

J'autorise **ou** Je n'autorise pas

le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'accueil périscolaire.

Je soussigné(e).....responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur. J'autorise en outre mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil périscolaire.

Je déclare également avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur et avoir pris connaissance de celui-ci.

A Salon de Provence, le.....

Signature père

mère

Tuteur

AUTORISATION PARENTALE

Personnes majeures habilitées à récupérer l'enfant

Je soussigné(e).....

Tél..... Portable.....

Autorise :

-(lien de parenté avec l'enfant).....☎.....
-(lien de parenté avec l'enfant).....☎.....
-(lien de parenté avec l'enfant).....☎.....
-(lien de parenté avec l'enfant).....☎.....
-(lien de parenté avec l'enfant).....☎.....

A récupérer mon enfant à la sortie du périscolaire (*pièce d'identité obligatoire à présenter aux animatrices*)

Fait à Salon, le.....

Signature père

mère

Tuteur