

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE 2024/2025

I – Enfant :

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Garçon : Fille : Ecole fréquentée : Classe fréquentée :

II - Vaccinations obligatoires (pour toutes structures accueillant des mineurs)

Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé, ou une attestation du médecin spécifiant que l'enfant est à jour de ses vaccins.

Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir une attestation du médecin précisant les raisons de la non-vaccination de l'enfant.

III – Renseignement médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Rhumatisme <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillon <input type="checkbox"/>

IV – Informations alimentaires :

Allergies alimentaires : Non oui si oui précisez :

Régimes alimentaires : Non oui si oui précisez :

(Sans porc, végétarien, sans gluten,)

V – Informations médicales :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : non oui si oui précisez :

.....

Fournir une copie ainsi que le traitement correspondant.

Allergies médicamenteuses : non oui si oui précisez :

Autres allergies : non oui si oui précisez :

Recommandations utiles des parents (maladie, accident, lunettes, appareil dentaire,)

.....

VI – Responsable légal de l’enfant :

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : Domicile :

Portable parent 1 :travail parent 1 :

Portable parent 2 :travail parent 2 :

VII – Personnes majeurs autorisées :

J’autorise les personnes majeures, ci-dessous à venir chercher mon enfant (une pièce d’identité sera demandée)

Nom	Prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

VIII – Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

IX – Assurance Responsabilité civile :

Nom de la compagnie : Numéro de contrat :

Adresse :

Je soussigné, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, transport d’urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l’état de l’enfant.

Fait à : Le

Signature des responsables légaux de l’enfant

AUTORISATIONS / ENGAGEMENTS

Je soussigné(e)s.....parents de(s) l'enfant(s)
....., déclare sur l'honneur, avoir le plein exercice de l'autorité
parentale et atteste l'exactitude des renseignements suivants :

- **Autoriser ou ne pas autoriser ***, l'utilisation des photos ou vidéos prises lors des temps d'animations en périscolaire, sur lesquelles pourrait figurer mon (mes) enfant(s). Si cas contraire, signaler par écrit votre refus à la direction du périscolaire.
- Autoriser la collecte et la conservation des données informatiques personnelles et de santé nécessaires à la constitution du dossier, conformément au Règlement General sur la Protection des Données (RGPD).
- Autoriser la direction à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer,
- Autoriser mon (mes) enfant(s) à participer aux diverses activités et sorties organisées par le périscolaire de Beautheil -Saints.
- Autoriser seulement les personnes habilitées (mentionnées sur la fiche famille) à venir chercher mon enfant.
- M'engager à prévenir la direction du périscolaire en cas d'absence inhabituelle de mon enfant (maladie) dans les plus brefs délais.
- M'engager à prendre connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et le respecter.
- M'engager à venir accompagner mon (mes) enfant(s) jusque l'enceinte de l'accueil périscolaire et à signer la feuille d'émargement.

Fait à

Le

Signature(s) du (ou des) représentants légaux (Précédée de
la mention « lu et approuvé »)