



Accueil Éducatif Extra-Scolaire
La Chapelle-Saint-Aubin

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil matin & soir
Accueil du mercredi
Accueil petites vacances

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : SEXE: F M

PARENTS ou REPRESENTANTS LEGAUX

Père / Mère / Autre :
Nom et prénom :
Téléphone :
Adresse domicile :
Adresse e-mail :

Père / Mère / Autre :
Nom et prénom :
Téléphone :
Adresse domicile :
Adresse e-mail :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :
Assuré : Père / Mère / Autre :

N° d'allocataire /MSA auquel l'enfant est rattaché :
Allocataire: Père / Mère / Autre :

Personne à prévenir en cas d'accident : (autre que les responsables)

Nom et prénom :
Téléphone : Lien avec l'enfant :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT (autre que les responsables)

Nom et prénom :			
Téléphone :		Lien avec l'enfant :	
Nom et prénom :			
Téléphone :		Lien avec l'enfant :	

Pour les enfants du CP au CM2 : sans autorisation écrite des parents, l'enfant ne pourra pas quitter seul les activités périscolaires.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

MEDECIN TRAITANT :	Nom :		
	Téléphone :		Ville :

Votre enfant présente-t-il des allergies ?

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Alimentaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Précisez la cause et la conduite à tenir en cas d'allergies, d'asthme ou autre problème de santé :

La mise en place d'un PAI (projet d'accueil individualisé) est obligatoire en cas de régime et traitement spécifique – contacter la Directrice de l'école au 06 15 41 30 92.

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, appareil dentaire, prothèses ou autre ? oui non

Précisez :

DROITS A L'IMAGE

Autorisez-vous la réalisation et la divulgation d'images et de son de votre enfant prises dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires, sans limitation quant à la durée ou au support ?

- oui non

SIGNATURES

Nous soussigné(s) , responsables légaux de l'enfant,

- certifions que l'enfant est à jour des vaccins obligatoires
- autorisons le responsable périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, y compris l'hospitalisation.
- attestons sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et nous engageons à prévenir la directrice (tél. 06 15 41 30 92. – accueil.samia@orange.fr) de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).
- **joignons à document une copie** de l'attestation d'assurance couvrant l'enfant.

Fait à : le :

Signatures des représentants légaux :