

COMMUNE DE SAINT-MARTIN-LE-BEAU

SERVICES PERISCOLAIRES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016/2017

1- ENFANT

NOM : PRENOM : Sexe M / / F /

*Veillez fournir
Une photo d'identité*

Date de naissance : Classe :

Frère(s) et Sœur(s) de l'enfant : Age : Classe :
..... Age : Classe :
..... Age : Classe :

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL..... VILLE.....

Tél Domicile

Tél Père travail Portable

Tél Mère travail Portable

Personne à contacter en cas d'urgence : 

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit être à jour de ses vaccins. Veillez fournir le carnet de santé.

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui / / non / **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant présente-t-il des allergies ? oui / / non / si oui, merci de nous indiquer la conduite à tenir
.....

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est-il mis en place ? oui / / non / (Fournir une copie)

Régime alimentaire : / / sans porc / / sans viande / / autres précisez

Panier repas (fourni par les parents) : oui / / non /

Précisez ci-dessous les difficultés éventuelles de santé (maladie, accident) ayant une incidence sur l'accueil de l'enfant
.....

Ou informations complémentaires (port de lunettes, appareil dentaire...)

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

VARICELLE oui / / non / ANGINE oui / / non / RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui / / non /

SCARLATINE oui / / non / RUBEOLE oui / / non / COQUELUCHE oui / / non /

OTITE oui / / non / ROUGEOLE oui / / non / OREILLONS oui / / non /

4- AUTORISATIONS

Votre enfant peut-il participer à toutes les activités périscolaires ? oui / / non / /

Votre enfant peut-il être pris en photo / vidéo **dans le cadre des activités** ? oui / / non /

Acceptez-vous que ces photos soient diffusées sur les différents supports médias municipaux (site internet officiel, bulletins d'informations, expositions photos) **uniquement dans le cadre des activités périscolaires** ? oui / / non /

L'enfant est-il autorisé à sortir seul à la fin des Ateliers périscolaires à 16h45 (Ecole élémentaire) ? oui / / non /

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom : Tel : Lien de parenté :

Nom : Tel : Lien de parenté :

Nom : Tel : Lien de parenté :

Je soussigné(e) M responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service Activités Scolaires et Périscolaires à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date

Signature