



**FICHE INDIVIDUELLE ET SANITAIRE DE LIAISON
 ANNEE SCOLAIRE 2020 - 2021**

Restauration scolaire Garderie périscolaire

➤ **Enfant:** Nom:
 Prénom:
 Date de naissance :
 Classe :

Je certifie que l'enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :
 Nom de la compagnie..... N° du contrat :

Mon enfant pourra-t-il être photographié ou filmé pendant les activités organisées par la structure d'accueil ?
 OUI NON

➤ **Responsable(s) de l'enfant:**

↪ **PERE**
 Nom et prénom:
 Adresse:
 Adresse:
 Téléphone portable:
 Téléphone du lieu de travail:

↪ **MERE**
 Nom et prénom:
 Adresse:
 Adresse:
 Téléphone portable:
 Téléphone du lieu de travail:

↪ **Représentant légal de l'enfant :** Père Mère Autre
 Si vous avez coché « Autre », complétez les informations ci-dessous
 Nom:
 Prénom:.....
 Adresse:
 Téléphone fixe domicile:
 Téléphone portable:

➤ **Autres personnes autorisées à prendre en charge votre enfant à la sortie de l'établissement :**

Veillez indiquer les noms, prénoms et numéros de téléphone des autres personnes pouvant être amenées à le récupérer:

Nom et prénom	Numéros de téléphone

➤ **Médecin traitant:**

Nom: Dr

Téléphone:

Adresse :

Renseignements médicaux:

- Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

- Votre enfant porte t'il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

- Renseignements médicaux concernant les Allergies de l'enfant

- Alimentaires OUI NON

Si oui, lesquelles :

- Asthme OUI NON

- Médicamenteuses OUI NON

Si oui, lesquelles :

- Précisez la cause et l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, **ET UNIQUEMENT POUR L'ASTHME**, le signaler)

.....
.....
.....

- Numéro de sécurité sociale sur lequel est inscrit l'enfant :

- Renseignement sur les vaccinations obligatoires (se référer au carnet de santé de l'enfant)

VACCINS	Fait et à jour	Pas fait ou pas à jour
Antidiphtérique "diphtérie"		
Antiténanique "tétanos"		
Antipoliomyélitique "poliomyélite"		
Ou DT polio		
Ou Tétracoq		

VEUILLEZ JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DU CARNET DE SANTE RELATIVES AUX VACCINATIONS OU DU CARNET DE VACCINATION.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :