



# Fiche Sanitaire de liaison

1 fiche par enfant mineur – valable pour tous les services



## Renseignements généraux de l'enfant :

Nom:  Prénom :  Date de naissance:  F  M   
Adresse (résidence habituelle de l'enfant) :   
École fréquentée à la rentrée scolaire (si connue au moment de l'inscription) :  Classe :

## MÈRE / TUTRICE

Nom  Prénom  Mail   
Adresse si différente :     
Profession  Employeur   Travail

## PÈRE / TUTEUR

Nom  Prénom  Mail   
Adresse si différente :     
Profession  Employeur   Travail

Mariés/PACSÉS  Vie Maritale  Divorcés  Séparés  Veuf (ve)  Parent isolé

En cas de divorce ou de séparation, si un parent n'a pas l'autorité parentale, merci de nous fournir la photocopie de l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant

## Renseignements médicaux :

Vaccins : PIÈCES OBLIGATOIRES: COPIES des pages vaccination du carnet de santé

DT Polio (dernier rappel du vaccin)  Date :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

## Allergies :

Votre enfant est-il allergique ?

Médicaments OUI  NON  Préciser :

Alimentation OUI  NON  Préciser :

Votre enfant doit-il prendre un traitement médical sur temps d'école (PAI)? OUI  NON

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école (allergies, traitements en cours, port de lunettes, précautions particulières à prendre...).

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Nom de l'assurance scolaire  N° de police

Je/nous soussigné(s), , responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare/déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ent) les responsables des structures, le cas échéant, à prendre toutes mesures (hospitalisations, interventions chirurgicales) nécessitées par l'état de santé de l'enfant.

## **AUTORISATIONS :**

**Droit à l'image :** j'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé pendant les activités, et ce à des fins pédagogiques internes

ou pour les publications municipales

OUI

NON


### ***Prise en charge de l'enfant:***

***J'autorise mon enfant à partir seul de :***


***l'accueil périscolaire:*** OUI  NON  heure de départ

***l'accueil de loisirs:*** OUI  NON  heure de départ

Si non, autres personnes autorisées à prendre en charge l'enfant et à être appelé en cas d'urgence si besoin :

Nom Prénom  

Lien avec l'enfant

Nom Prénom  

Lien avec l'enfant

Nom Prénom  

Lien avec l'enfant

**En cas de divorce ou de séparation, si un parent n'a pas l'autorité parentale ou n'est pas autorisé à venir chercher l'enfant, merci de nous fournir la photocopie de l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant.**

**Mère autorisée :** OUI  NON

**Père autorisé :** OUI  NON



**: Tout changement d'information en cours d'année doit être signalé au service éducation**

**[service-education@mairie-thouare.fr](mailto:service-education@mairie-thouare.fr)**

Je/nous soussigné(s), , déclare / déclarons avoir pris connaissance des horaires, **du règlement intérieur des structures enfance jeunesse et de la restauration** et des conditions de prise en charge de l'enfant.

De plus, je décharge la Ville de toutes responsabilités en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

Fait à Thouaré-sur-Loire, le :

Signature **des** représentants légaux :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



**Cette fiche sanitaire est imposée par la DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) elle est à refaire tous les ans** et ce, même si les informations ne changent pas, merci d'en prendre note.